Nr. 31. 2. sierpnia 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

W sprawie oddziaływania substancyj witaminowych (soku cytrynowego) na drobnoustroje.

Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Poznańskiego.
Dyrektor: Prof. L. Padlewski.

Już obecnie spostrzeżenia nad biologją drobnoustrojów wykazują w pewnych przypadkach znaczenie dodatkowych czynników odżywczych i wzrostowych w szeregu przejawów ich życia, przedewszystkiem zaś wzrostu na podłożach laboratoryjnych. Dokładne zbadanie znaczenia poszczególnych czynników witaminowych, których liczba w miarę różniczkowania ich działania stale wzrasta, napotyka niemal na nieprzezwyciężone trudności ze względu na brak możliwości wyosobnienia chemicznego każdego z nich i użycia do doświadczeń w postaci czystej. Gdy chodzi o doświadczenia nad witaminami, stale ma się do czynienia z tą lub inną mieszanką rozmaitych witamin w stosunku nie zawsze ulegającym ścisłemu ujęciu. Należy nadto mieć na uwadze, że szereg substancyj używanych do sporządzania pożywek (woda, cukier) może zawierać witaminy. Utrudnia to ogromnie pracę systematyczną nad zagadnieniami znaczenia witamin dla życia drobnoustrojów.

Jednocześnie z całą stanowczością należy podnieść, że do drobnoustrojów z ich całkiem odmienną strukturą biologiczną i biochemiczną nie można stosować naszych poglądów ustalonych i wyrobionych na zwierzętach wyższych. Określenia i jednostki witaminowe mogą tutaj ułożyć się całkiem odmiennie i nie można wykluczyć, że inne czynniki biochemiczne oddziaływują na drobnoustroje. Tylko metodyka syntetycznych pożywek może dać materjał do rozwiązania zagadnienia.

Podniecające działanie czynnika stwierdzono przedewszystkiem dla drożdżaków (Pasteur, Wildiers — »Bios« i in.); analiza tego faktu przez Funka i Dubin'a wykazała istnienie swoistej witaminy D, stale towarzyszącej witaminie B, spostrzeganej w rozmaitych węglowodanach, ziarnach zboża, moczu i t. d., posiadającej w stosunku do witaminy B cechy indywidualne (mniej ulega działaniu ciepłoty, zasad, z większym trudem ulega adsorbcji) (Funk i Paton).

Piśmiennictwo istniejące, dotykając sprawy znaczenia witamin dla drobnoustrojów wysuwa przedewszystkiem znaczenie czynnika B oddziaływującego podniecająco w przypadkach poszczególnych na pewne odmiany drobnoustrojowe.

Nie zestawiam na tem miejscu piśmiennictwa, gdyż szczegółowe zestawienia podali już Eisenberg i Funk. Pokrótce nadmienię, że spostrzeżenia dotyczyły przeważnie drobnoustrojów bardziej wymagających co do warunków wzrostu na sztucznych podłożach, jako to łańcuszkowców (Müller, Ayers a. Mudge, Freedman a. Funk), gonokoków (Cole a. Lloyd, Giscard), meningokoków (Lloyd), las. grypy (Tinti) i in. Prace te ustaliły znaczenie rozmaitych czynników witaminowych dla drobnoustrojów wymienionych ułatwiając ich hodowanie oraz podnosząc ich żywotność.

W spostrzeżeniach istniejących stosunkowo mniej uwagi udzielano czynnikowi C, aczkolwiek już empiryczna bakterjologja nieświadomie od dłuższego czasu używała tego czynnika w postaci kartofli, marchwi. Leichtentritt, Leichtentritt i Zielaskowski, dokonywując badań nad własnościami podniecającemi soku cytrynowego na łańcuszkowce i las. błonicze wychodzili z założeń utylitarnych, dążąc przez pobudzenie wzrostu do szybszego rozpoznawania w celach klinicznych; w stosunku do łańcuszkowców i las. błoniczych tego rodzaju oddziaływanie na szybkość wzrostu autorzy osiągnęli i podnoszą je.

W podanych niżej spostrzeżeniach badałem własności podniecające substancyj zawartych w soku cytrynowym występujących przedewszystkiem w postaci witaminy C, aczkolwiek Osborne i Mendel zaznaczają również istnienie witaminy B. Zdaję sobie sprawę, że obecnie trudno jest w postaci stanowczej i wyraźnej ustalić rolę każdego z tych czynników. Zresztą jest to na razie sprawa mniejszej wagi. W spostrzeżeniach własnych na drobnoustrojach rozmaitych rodzajów zamierzałem wyjaśnić oddziaływanie substancyj czynnych soku cytrynowego na ich własności morfologiczne i biologiczne.

Dla doświadczeń użyto 6 szcz. las. Shiga, 6 szcz. las. durowej, 10 szcz. gronkowców, 42 szcz. łańcuszkowców, 2 szcz, pneumokoka, 5 szcz. gonokoka, 1 szcz. meningokoka, 3 szcz. b. prodigiosus, 2 szcz. las. ropy błękitnej, 3 szcz. las. okrężnicowej.

Sok cytrynowy, zabezpieczając go przed zanieczyszczeniem, zbierano sącząc przez gazę do kolbki jałowej, natychmiast zobojętniano (w stosunku do lakmusu) nasyconym roztworem dwutlenku sodu. Sok zobojętniony dodawano do pożywek (agaru i buljonu) w ilości 0,2—0,7 (na 10 cm sz.). Odczyn pożywek pozostawał w granicach ph = 7,4—7,6.

Nie podając w szczegółach spostrzeżeń dokonanych wysunę i omówię tylko te działy co do których dało się osiągnąć stałe wyniki.

Wobec wyżej zaznaczonego faktu istnienia witamin w używanych ogólnie pożywkach w części spostrzeżeń, w celu możliwego obniżenia zawartości witamin, zastosowałem pięciokrotne wyjałowienie przy 120°; to ostatnie w pewnej mierze oddziaływało na własności fizyczne agaru czyniąc go miękkim, ulegającym nawet lekkiemu naciskowi. W szeregu przypadków jednocześnie stosowałem odmiany pożywek wyjaławiane w aparacie Kocha, a więc nie poddawane ciepłocie wyżej nad 100°.

Stosując równolegle pożywki wyjałowione przy 120° (pięciokrotnie) i przy 100° (trzykrotnie) z dodatkiem lub bez dodatku soku cytrynowego dążyłem do ujęcia i ustalenia tych zmian, jakie się zaznaczają przy hodowaniu drobnoustrojów na każdej z tych pożywek.

W stosunku do drobnowidowej morfologji drobnoustrojów oraz ich wzrostu makroskopowego na podłożach należy stwierdzić, że nie wszystkie szczepy badane oddziaływały jednakowo. Drobnoustroje nie wymagające specjalnych warunków dla wzrostu po dodaniu soku cytrynowego naogół nie zmieniały swoich cech wzrostu (przeważająca część gronkowców — złotych, białych i cytrynowych, laseczka durowa), pewną, co prawda niezbyt wybitną różnicę wzrostu dostrzeżono u las. czerwonkowych (Shiga-Kruse), które na agarze cytrynowym dawały większe, zlewające się kolonje.

Porównanie wzrostu hodowli na pożywkach pięciokrotnie wyjałowionych w autoklawie z pożywkami wyjałowionemi w aparacie Kocha nie dało różnicy dostrzegalnej, jako też i morfologja drobnowidowa drobnoustrojów. Całkiem odmiennie występuje znaczenie czynników soku cytrynowego w stosunku do drobnoustrojów bardziej wymagających. Najliczniej badane łańcuszkowce rozmaitego pochodzenia (ze krwi, z ropy, z cewki) u 8 z 12 szczepów badanych, na agarze bardzo wyraźnie zaznaczały tę różnicę wzrostu; kolonje na agarze z sokiem cytrynowym były stale większe, wzrost obfitszy, żywotność szczepów zachowywała się dłużej. Na podłożach płynnych zaznaczała się ta sama różnica wzrostu — dodatek soku cytrynowego podniecał wzrost, dawał większy osad drobnoustrojów. Mikroskopowo na podłożu płynnem z sokiem cytrynowym w kilku przypadkach stwierdzono niezwykłą rozmaitość wymiarów ziarenkow-

ców tworzących łańcuchy poszczególne, jednakże w każdym łańcuchu wielkość ogniw pozostawała równomierną, zaś różnica występowała tylko przy porównaniu poszczególnych łańcuchów. Niekiedy w jednem polu widzenia występowały tak odmienne morfologiczne typy łańcuszkowcowe, że nasuwało się przypuszczenie o możliwości hodowli mieszanej, dalsze jednakże przeszczepianie z buljonu z sokiem cytrynowym na buljon zwykły dawało znów równomierne i jednostajne łańcuchy. Zdjęć mikrofotograficznych tych szczepów ze względów technicznych nie podaję.

Z innych drobnoustrojów w 2 przyp. subtelnie rosnące gronkowce złote, hemolityczne nieco lepiej rosły po dodaniu soku cytrynowego; dwa badane szczepy pneumokoka zaznaczały taką samą różnicę; meningokok w jednym spostrzeganym przypadku dał bujny wzrost na zwykłym agarze z sokiem cytrynowym przy jednoczesnym wyniku ujemnym na agarze bez soku.

Parę uwag na tem miejscu chcę poczynić w stosunku do gonokoka i roli witamin w jego hodowaniu. Zwykły agar po dodaniu soku cytrynowego tylko w przypadkach wyjątkowych dawał nikły wzrost; czynniki witaminowe soku cytrynowego (C i B) dodane do agaru Giscard'a nie mogły zastąpić krwi ludzkiej dodawanej w tej samej ilości, aczkolwiek Giscard w swojej koncepcji wysuwa na plan pierwszy przedewszystkiem substancje witaminowe krwi, nie zaś jej części składowe białkowe. Można przypuszczać, że substancje witaminowe przy hodowaniu pierwszych pokoleń gono koka nie są czynnikiem podstawowym.

O ile uogólnimy spostrzeżenia nad wpływem substancyj witaminowych na wzrost i morfologję, winniśmy podnieść ogromnie indywidualny stosunek nie tylko rodzajów drobnoustrojowych, lecz nawet poszczególnych jednostek w granicach jednego rodzaju. Podniecające działanie soku cytrynowego dla wzrostu pewnych szczepów bakteryjnych nie ulega wątpliwości.

Własności biochemiczne drobnoustrojów, ich zdolność fermentacyjna w stosunku do ciał białkowych i węglowodanów (peptonizacja, wytwarzanie indolu, własności hemolityczne, kwaso- i gazotwórcze) przy równoległem hodowaniu szczepów na podłożach zwykłych oraz z sokiem cytrynowym nie wykazywały zmiany dostrzegalnej.

Wpływ substancyj czynnych soku cytrynowego na własności biologiczne drobnoustrojów dało się zauważyć pod dwoma względami.

Spostrzeżenia równoległe stwierdziły, że żywotność drobnoustrojów bardziej wymagających (łańcuszkowce, pneumokoki) dłużej zachowuje się na podłożach z sokiem cytrynowym; różnica ta dla szczepów poszczególnych wypadała indywidualnie. W pewnych przypadkach pod tym względem żywotność szczepów na agarze z sokiem cytrynowym dorównywała żywotności na agarze z płynem puchlinowym.

Inną cechę biologiczną na którą oddziaływały substancje witaminowe soku cytrynowego stanowi zdolność wytwarzania barwika. Lecz i pod tym względem rozmaite bakterje ustosunkowały się odmiennie. Tak, gronkowce rozmaicie zabarwione (żółte, cytrynowe) nawet po dłuższem równoległem hodowaniu na podłożach zwykłych oraz zawierających sok cytrynowy nie zaznaczały wyraźnej różnicy w stopniu zabarwienia; las. ropy błękitnej wykazywała, aczkolwiek w niezbyt znacznej mierze, osłabienie zdolności barwikotwórczej na podłożach z sokiem cytrynowym — piocyjanina otrzymana w wyciągu chloroformowym i wodnym hodowli dawała słabsze zabarwienie dla hodowli na buljonie z sokiem cytrynowym. Natomiast b. prodigiosus po 4 mies. równoległem hodowaniu na obu typach pożywek dał bezbarwny szczep na zwykłym agarze oraz intenzywnie zabarwiony na zwykłym agarze z sokiem cytrynowym. W celu ustalenia działania soku cytrynowego w tej różnicy zabarwienia hodowli, każdą z tych dwu odmian przeszczepiono na agar zwykły i agar zwykły z sokiem cytrynowym hodując na tych podłożach w ciągu 2 mies. W tych warunkach szczep bezbarwny hodowany na zwykłym agarze zachował swój typ, zaś na podłożu z sokiem cytrynowym powoli zaczął nabierać barwę swoistą; odwrotnie zabarwiony na podłożu zwykłem zatracił swój barwik, zachowując go bez zmiany na agarze z sokiem cytrynowym. Tego rodzaju zmiany własności barwikotwórczych w stopniu nie zawsze równie wybitnym, spostrzegałem na 3 szczepach b. prodigiosus. Nie uogólniając spostrzeżeń nad drobnoustrojami barwikotwórczemi w stosunku do nich tak samo stwierdzić należy znaczną rozmaitość w odczynie na działanie substancyj czynnych soku cytrynowego.

Stosunek niweczników do drobnoustrojów hodowanych na rozmaitych rodzajach pożywek badałem ustalając miano zlepne szczepów równolegle hodowanych na agarze zwykłym i z sokiem cytrynowym (wciągu 2 miesięcy). Zbadano w ten sposób 6 szczepów laseczek Shiga-Kruse oraz 4 szczepy durowe. Jako cechę charakterystyczną spostrzeżenia należy podnieść, że odczyn zlepny występował wyraźniej, dawał większe kłaczki ze szczepami hodowanemi na agarze z sokiem cytrynowym; miano odczynu zlepnego (zlepność hodowli) w obu przypadkach nie różniło się znacznie, aczkolwiek o ile różnica zachodziła, zaznaczała się ona zwykle wyższem mianem zlepnem dla szczepów hodowanych na agarze z sokiem cytrynowym.

Własności chorobotwórcze drobnoustrojów badanych — las. czerwonkowe Shiga-Kruse (6 szcz.) oraz las. durowe (4 szcz.) po 3 tygodniowem hodowaniu na podłożach, przy zakażeniu myszy białych nie wykazywały różnicy stałej, którą dałoby się ująć w pewną regułę; wyniki układały się niestale i przypadkowo.

Próby badań porównawczych własności toksynotwórczych na szczepy Shiga-Kruse narazie zawiodły.

Podając wyniki tych orjentacyjnych spostrzeżeń można stwierdzić:

1) Że substancje witaminowe soku cytrynowego wywierają wyraźny wpływ na wzrost drobnoustrojów bardziej wrażliwych (łańcuszkowce, pneumokoki) ich żywotność oraz na zdolność barwikotwórczą;

2) działanie substancyj witaminowych wypada indywidualnie nawet w granicach jednego gatunku drobnoustrojowego.

Piśmiennictwo.

1) Ayers S. a. Mudge C.: J. of. Bacher., V. 7, 449, 1922. 2) Cole a Llod: J. of. Path. a Bacteriol. V. 51. 267. 1917. — 3) Lloyd: Ibid. V. 21, 113, 1916. — 4) Freedman a Funk: The Journ. of Metabol. Research, V. 1. N. 4. Apr. 1922. — 5) Funk C.: Die Vitamine. Münch. 1924. Bergmann. — 6) Funk C a. Dubin H.: Journ. Biol. Chem. V. 48, 431, 1921 (według Funk Vitamine 1924). — 7) Funk C. a. Freedmand: Proced. of the Societ for Experim. Biology and Medic. V. XX. pp. 311-213. 1922. — 8) Ci sami: Journ. Biol. Chem. V. 46, 851. 1923 (według Bull. Past. 1924. str. 19. — 9) Funk C a. Paton J.: The Journ. of. Metabol. Resarch. V. 1. 737, 1922 (według Funk Vitamine). 10) Eisenberg F.: Przegl. Epidemjol. T. II. Z. 3. 1922. — 11) Giscard J. B.: Journ. d'urologie T. XVII. N. 1. 1924. — 12) Leichtentritt: Berl. kl. Woch. 1921. Nr. 24. — 13) Leichtentritt u. Zielaskowski: Mtschr f. Kdhk 26 232. 1923; 14) Müller J.: Proc. of the Soc. for Exper. Biolody a. Medic V. XVIII, 14, 1920 (według Freedman a. Funk 4). 15) Osborne a. Mendel: The Journ of Biol. Chem. V. 42, 465, 1920 (wedł. Funk Vitamine). — 16) Tinti: Ctrlbl. f. Bakteriol. I. Abt. Orig. B. 90, H. 6.

Dr. Antoni DOBRZAŃSKI, asyst. kliniki. Lwów.

O ciałach obcych pęczniejących w oskrzelach u dzieci i o ich usuwaniu zapomocą bronchoskopji.

Z Kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Ciała obce, dostające się do krtani, tchawicy i oskrzela mogą spowodować natychmiastowe uduszenie się, o ile ich objętość jest zbyt duża, lub też wywołać ciężkie powikłania ze strony dróg i narządów oddechowych. Przypadki więc z ciałami obcemi dolnych dróg oddechowych są ogromnie ciekawe ze względu na trudność zarówno w rozpoznawaniu

jakoteż w wydobywaniu na zewnątrz tychże ciał. Powikłania jakie może obecność ciała obcego w krtani, tchawicy lub oskrzelu wywołać mogą mieć najrozmaitsze postacie od najlżejszych obrażeń lub lekkich stanów zapalnych błony śluzowej do najcięższych stanów chorobowych płuc jak: zapalenie płuc, ropnie płuc, zapalenie opłucnej, niedodma płuc, nadto zaś odma podskórna, posocznica, krwotoki wskutek przebicia ściany dużych naczyń i t. p. Ciała obce wciągnięte do dróg oddechowych możemy podzielić na dwie wielkie grupy (Killian) a mianowicie: grupę ciał twardych i nietwardych. Wśród ciał twardych możemy odróżnić znów kilka działów według wymiarów, kształtu i jakości materjału (ciała metalowe, płaskie i okrągłe jak monety, bryłowate jak naboje, kości i t. p.). Wśród ciał nietwardych znowu główny dział stanowią obok ciał miękkich (jak kawałki pokarmu), ciała pęczniejące a mianowicie strączkowe ziarna: (fasola, bób i groch), które przedstawiają szczególne niebezpieczeństwo dla chorego ze względu na następowe zakażenie i ze względu na ogromną trudność wydobycia ich na zewnątrz. Według Brünings'a należą ciała pęczniejące obok zepsutych zębów do najbardziej niebezpiecznych ciał aspirowanych do dróg oddechowych. Podobnie Guisez podkreśla wielką infekcyjność ciał obcych organicznych w płucach jak kości, ziarna i ości rybie (w przeciwieństwie do innych ciał [metalicznych]). Ciała pęczniejące, dostawszy się do tchawicy, najpierw niejako balotują poruszając się wraz prądem powietrza oddechowego; wówczas to możemy wyczuć nieraz uderzenia o głośnię przy wydechu. Następnie zaś wskutek pęcznienia w środowisku wilgotnem zwiększają one swą objętość dwu a nawet trzykrotnie; usadawiając się w tchawicy lecz najczęściej w oskrzelu i to prawem (ponieważ jest ono niejako przedłużeniem tchawicy) i pęczniejąc dalej zatykają je i wywołują ciężkie powikłania ze strony płuc, o których wyżej wspomniałem.

Statystyka śmiertelności ciał obcych dolnych dróg oddechowych była wprost zastraszająca aż do czasów endoskopijnych bo wynosiła według zestawienia Kunt'a i Preobrascheńsky'ego 52% śmiertelności. W czasach endoskopijnych śmiertelność bardzo znacznie zmalała (według Eicken'a i Brünings'a) do, około 10% u dorosłych, a 15% u dzieci. Znacznie gorzej przedstawia się statystyczne zestawienie ciał pęczniejących wydobywanych na drodze endoskopji. Eicken zebrał z piśmiennictwa 28 przypadków, z których w 8 nastąpiło zejście śmiertelne, a Brüninngs uzupełnił zestawienie Eicken'a, dodając do r. 1915 — 12 nowych przypadków z których w 3-ch nastąpiła śmierć, czyli do roku 1915., według zestawienia wspomnianych autorów mamy łącznie 40 przypadków ciał obcych pęczniejących wydobywanych przez tracheobronchoskopję, z których w 11-tu było zejście śmiertelne, t j. $27\frac{1}{2}$% śmiertelności.

Ostatnio Haslinger u 9-ciomiesięcznego dziecka wydobywał fasolę kawałkami przez bronchoskopję górną, podobnie Wiskowsky u 2-letniego dziecka, u którego wystąpiły też objawy odmy podskórnej. W obu tych przypadkach wynik był pomyślny — mimo iż wydobywano fasolę nie całą odrazu, lecz najpierw łupinę potem kilka kawałków z osobna.

Garcia Hormorche opisuje przypadek dotyczący małego chłopca, u którego aspirowane ziarno kukurydzy spowodowało uduszenie się.

Ten tak znaczny odsetek śmiertelności przypadków ciał obcych pęczniejących w dolnych drogach oddechowych należy przypisać obok szczególnie wielkiej zakaźności i własności pęcznienia tych ciał, o czem wyżej już wspomniałem, także trudnościom technicznym, które się nasuwają przy wydobywaniu ich na zewnątrz. Ciało takie napęczniałe (jak fasola) uchwycone szczypczykami może się łatwo rozłupać na dwie połowy lub drobne kawałki, zatkać oba oskrzela i spowodować uduszenie, albo może rozprysnąć się na drobne kawałki, które wpadają do drugo- i trzeciorzędnych oskrzeli, skąd wydobycie ich jest bardzo utrudnione a najczęściej niemożliwe. Przypadki takie znane w piśmiennictwie są ogromnie pouczające, bo wskazują na niebezpieczeństwo uduszenia się chorego podczas zabiegu, co może być bardzo niemiłą niespodzianką dla operatora, występującą najczęściej nie z jego winy. W przypadku Gottstein'a nastąpiło uduszenie się dziecka wskutek zatrzymania się fasoli w głośni podczas wydobywania przez górną tracheo-bronchoskopję. Podobnie Uffenordre opisuje przypadek, w którym podczas wydobywania zatrzymała się fasola w głośni powodując bezdech i tylko szybko wykonana tracheotomja zdołała uratować dziecko od uduszenia się. Jakkolwiek tracheo-bronchoskopja górna, stosowana jako metoda przy wydobywaniu obcych ciał pęczniejących jest bardziej niebezpieczną niż dolna, — to jednak i w czasie wydobywania przez dolną bronchoskopję w przypadku Pieniążka nastąpiło uduszenie się wskutek odłupania się jednej połowy fasoli i zatkania drugiego oskrzela; w przypadku Schmiegelow'a fasola wydobywana z prawego oskrzela wymknęła się zatykając lewe, wskutek czego wystąpiła bardzo znaczna sinica, która jednak przeminęła i fasolę udało się wydobyć. Killian wydobywał u 5-letniego dziecka fasolę przez tracheoskopję dolną; fasola utknęła w tchawicy i wywołała bezdech. Chcąc przywrócić dawny stan rzeczy autor starał się zepchnąć ją ku dołowi. Fasola jednak wpadła do lewego oskrzela i spowodowała uduszenie się dziecka.

Tych kilka przykładów przytoczonych w krótkości z piśmiennictwa dowodzi nam jasno, z jak wielkiem niebezpieczeństwem dla chorego połączone jest wydobywanie ciał obcych pęczniejących z oskrzeli. Ażeby to niebezpieczeństwo zmniejszyć starali się niektórzy autorowie (Eicken) wydobywać fasolę kawałkami po uprzedniem celowem rozłupaniu jej. Okazało się to jednak z dwu powodów niepraktycznem, po pierwsze dlatego, że wymaga to bardzo długiego czasu, by każdą część z osoba wydobyć, (u Eicken'a trwał zabieg przez trzy godziny), co nie jest bez szkodliwego wpływu na ciężki stan chorego, powtóre zaś dlatego, ponieważ nie wszystkie cząstki, które dostaną się do głębszych oskrzeli, dadzą się w ogólności wydobyć. Collet radzi w niektórych przypadkach ciała obcego w oskrzelu wykonać czasowe tracheostoma i przez umocowanie brzegów rany na zewnątrz trzymać ranę rozwartą; drogą tą ciało może być łatwiej wykrztuszone; — szczególnie według Collet'a nadają się przypadki ciał obcych dość dużych, miękkich, balotujących, których wydobywanie może być połączone z niebezpieczeństwem dla chorego. Ledoux poleca wydobywanie ciał małych okrągłych przez aspirację zapomocą gumowej rury wprowadzonej przez bronchoskopję. Szczególnie zaleca stosowanie tej metody u dzieci małych, u których zabieg ten wykonywa autor bez narkozy i bez znieczulenia.

W ciągu ostatnich pięciu lat mieliśmy sposobność operować 3 przypadki z ciałem obcem pęczniejącem (fasolą) w oskrzelu u dzieci, których krótkie wyciągi z historji chorób przytoczę:

1.*) Chory l. 5., aspirował przed 2 dniami według podania rodziców fasolę, przyczem wystąpił silny atak kaszlu i duszności. Duszność wzmagała się coraz bardziej. W chwili badania duszność była bardzo znaczna i sinica wyraźna. Nad płucami świsty i furczenia, nad prawem płucem objawy zmniejszonej powietrzności, nadto widoczne zaciąganie się klatki piersiowej po stronie prawej. Ciepłota 38,5°. Z wywiadów i stanu płuc wynikało bez wątpienia, że mamy do czynienia z ciałem obcem tkwiącem w oskrzelu prawem.

Rozpoznanie: *Corpus alienum bronchi dextri.*

Operacja: Wykonano tracheotomję górną w uśpieniu ogólnem i wprowadzoną rurę bronchoskopijną; stwierdzono w prawem oskrzelu tkwiącą fasolę, którą zachwycono ostremi szczypczykami Brünings'a i wydobyto na zewnątrz. Przez 3 dni ciepłota dochodziła do 38·5° nad płucami furczenia i świsty. Po 3 dniach ciepłota opadła — rurkę tracheotomijną wyjęto — rana pooperacyjna do kilku dni zgoiła się. Dziecko po 10-ciu dniach mogło być wypisane z kliniki.

2. Chłopcu 7-letniemu wtłoczył drugi do ust fasolę a ten prawdopodobnie wskutek przerażenia (co najczęściej bywa przy-

*) Przypadki te były w krótkości omówione i przedstawione w Tow. Lek. lwowskiem.

czyną aspirowania ciał obcych) wciągnął ją do tchawicy; poczem wystąpił silny atak kaszlu i duszności, która wciąż się wzmagała. W dwa dni później przywieziono go do kliniki, a stan był następujący:

Wielka duszność i sinica wskazywała na mocne zwężenie dróg oddechowych. Ciepłota 39°, tętno 132.

Badanie lusterkiem krtaniowem wykazywało na tylnej ścianie górnego odcinka tchawicy wynaczynienia na błonie śluzowej, które niewątpliwie można było uważać jako powstałe wskutek obrażenia przez ciało obce. Nad płucami świsty, furczenia, osłabiony oddech po stronie prawej chwilami przerywany.

Rozpoznanie: *Corpus alienum bronchi dextri.*

Operacja: Tracheotomję górną wykonano w znieczuleniu miejscowem po wprowadzeniu rury bronchoskopijnej przez otwór tracheotomijny można było widzieć fasolę obnażoną częściowo z otoczki bardzo dużą, napęczniałą, bo zatykającą w całości światło prawego oskrzela i zwężającą częściowo przez miejsce rozwidlenia wejście do lewego oskrzela. Ponieważ zachodziła obawa, że może się ona przy wydobywaniu łatwo rozłupać — postanowiliśmy z wielką ostrożnością posługiwać się haczykiem tępym lekko zagiętym, a nie szczypczykami. Tępy haczyk wsunięto między ścianę oskrzela a fasoli i skręciwszy go o 90° udało się wyprowadzić fasolę aż do otworu tchawicowego za rurą; do rury bowiem z powodu dużej objętości wprowadzić nie było można. W otworze tchawicowym fasola zatrzymała się i nie dała się wydobyć na zewnątrz, lecz wpadła z powrotem do prawego oskrzela. Powtórzono zabieg jeszcze raz, przyczem w chwili, gdy fasola znajdowała się na wysokości otworu tchawicowego uciśnięto tchawicę od dołu i przy pomocy szczypczyków anatomicznych wydobyto na zewnątrz. Fasola była bardzo duża (około 3 cm długości i 1 $^1/_2$ cm szerokości). W przebiegu leczenia pooperacyjnego po 3-ch dniach usunięto rurkę tracheotomijną. Ciepłota przez 4 dni dochodziła do 39°. Chory otrzymał 2 razy $^1/_2$ dawki propidonu co 2-gi dzień. W 4-ym dniu ciepłota spadła a po tygodniu mógł być chory wypisany z kliniki jako uleczony.

3. Chłopiec 2-letni aspirował fasolę; poczem wystąpiła duszność i ataki kaszlu. W tym samym dniu w kilkanaście godzin później przyniesiono dziecko do kliniki oto-laryngologicznej. Stan dziecka wówczas w 12 godzin po wypadku przedstawiał się następująco:

Silna duszność, sinica, ciepłota 37·2° — ataki kaszlu.

Badanie lusterkiem krtaniowem ogromnie u małych dzieci utrudnione, nie pozwoliło nic widzieć z powodu obfitości śluzu zabarwionego nieco krwią. Zaciąganie się klatki piersiowej po obu stronach widoczne, jednak nad płucami poza furczeniem i świstami oddech jak przy zwężeniach dolnych dróg oddechowych.

W czasie badania dziecko dostało silnego ataku kaszlu poczem oddech znacznie się poprawił; duszność ustała, sinica się zmniejszyła — dziecko chwilowo się uspokoiło i usnęło. Zachodziły więc dwie ewentualności wobec tego, że ciała obcego na zewnątrz wykrztuszonego nie znaleziono, a mianowicie: albo dziecko wykrztusiło fasolę i połknęło, albo też wciągnęło ją z krtani do głębszych dróg i uczuło chwilową ulgę. Postanowiono narazie dziecko zostawić w spokoju i obserwować. W 6 godzin później stan dziecka znacznie się znów pogorszył. Objawy duszności znacznie się wzmogły — ciepłota podniosła się do 38·4°. Widoczne zaciąganie klatki piersiowej zwłaszcza po stronie prawej wybitniejsze niż po stronie lewej. Wysłuchem stwierdzić można furczenie, świst przeciskającego się powietrza po stronie prawej przy osłabionym nieco oddechu. Nie ulegało więc wątpliwości, że miało się do czynienia z zatkaniem prawego oskrzela. Badania promieniami Roentgena zaniechano wobec nagłości przypadku, oraz z powodu tego, że prześwietlenie promieniami Roentgena bardzo często nie daje wyników przy ciałach miękkich.

Rozpoznanie: *Corpus alienum bronchi dextri.*

Operacja: W znieczuleniu miejscowem przez obstrzykanie $^1/_2$% nowokainą w kształcie rombu okolicy tchawicy wykonano tracheotomję górną. Wykonana bezpośrednio po rozcięciu tchawicy bronchoskopja dolna pozwoliła stwierdzić fasolę tkwiącą w prawem oskrzelu. Próba wprowadzenia haczyka tępego pomiędzy ciałem obcem a ścianą oskrzela dała wynik ujemny, ponieważ jak się okazało po wydobyciu fasoli, miała ona kształt wydłużony i nie można było wskutek jej rozpęcznienia i silnego przylegania do ściany tchawicy wejść poza jej dolny brzeg. Wobec tego przy pomocy ostrych haczyków Brüningsa lekko przymkniętych, lecz nie zupełnie zaciśniętych udało się ją w całości wydobyć na zewnątrz. Pozostawioną czasowo rurkę tracheotomijną wydobyto na 3-ci dzień po zabiegu. Stan dziecka poprawił się chociaż w ciągu pierwszych 3-ch dni po zabiegu ciepłota podwyższona utrzymywała się do 38·5° wśród objawów nieżytowego zapalenia płuc — poczem opadła. Rana tracheotomijna do 6 dni była zgojona całkowicie. W 10 dni po zabiegu dziecko zupełnie bez gorączki wypisano z kliniki.

Przytoczone powyżej trzy przypadki z ciałem obcem pęczniejącem w oskrzelu wydobytem przez bronchoskopję dolną dały wynik bardzo dobry, bo w wszystkich nastąpiło całkowite wyzdrowienie — (śmiertelność 0). Jeśli porównamy zestawienie statystyczne w piśmiennictwie uprzednio przytoczone, które wynosi około 27 $^1/_2$ procent śmiertelności to możemy uważać wyniki nasze za bardzo dobre.

Co się tyczy mechanizmu aspirowania ciał obcych, to niektórzy autorowie (jak Brünings) podnoszą, że przerażenie jest niewątpliwie sprzyjającym momentem dla dostania się ciała obcego do dróg oddechowych. Drugi przypadek z przytoczonych potwierdził by to również, ponieważ należy przypuszczać, że wtłaczanie przemocą przez złośliwych dwóch towarzyszów, wywołało niewątpliwie przestrach u chorego.

We wszystkich naszych przypadkach wystąpił silny atak kaszlu w chwili wciągnięcia ciała obcego powtarzający się i w późniejszych godzinach. Jest to objaw który z wywiadów możemy zużytkować do rozpoznania obecności ciała obcego w dolnych drogach oddechowych. Wykonanie bowiem badawczej bronchoskopji bez uprzedniej pewności, że rzeczywiście mamy do czynienia z obecnością ciała obcego w dolnych drogach oddechowych nie możemy uważać u dzieci za zupełnie niewinne lub obojętne. Do rozpoznania więc ciała obcego dolnych dróg oddechowych u dzieci prócz wywiadów rodziców względnie otoczenia, które na to mogą w znacznej mierze naprowadzić musimy podciągnąć wszystkie występujące objawy jakie taki przypadek daje. Wśród tych należy wymienić prócz wyżej wspomnianego gwałtownego kaszlu, nagłe wystąpienie duszności u dziecka — wzmagającą się sinicę, nasilone i częste oddechy, przyśpieszenie tętna — zaciąganie się klatki piersiowej, zwłaszcza po stronie zatkanego oskrzela, niepokój dziecka wreszcie podwyższenie ciepłoty. Nadto można stwierdzić wysłuchem nad płucami furczenia, świsty i niejednostajny, niejednokrotnie przerywany, szmer oddechowy, nieraz zaś bardzo osłabiony przedewszystkiem po stronie zatkanego oskrzela. Wszystkie te objawy miały w przytoczonych przypadkach miejsce. Bardzo pomocnem może być prześwietlanie promieniami Roentgena, którego znaczenie Texier i Levesgue szczególnie podkreślają — Zaciemnienie jednej połowy klatki piersiowej, wskutek niedodmy (płuca) i zmniejszenie się ruchomości przepony, przemawiają za obecnością jego, mimo, że samego ciała obcego nie da się stwierdzić. W naszych przypadkach z powodu nagłej konieczności szybkiego wykonania zabiegu prześwielenia prom. Roentgena nie stosowaliśmy. Podwyższenie ciepłoty w razie obecności ciała pęczniejącego w oskrzelu występuje już w pierwszym dniu jak wskazuje przypadek trzeci, co należy przypisać szczególnej infekcyjności tego ciała. Nie wszystkie przytoczone objawy są charakterystyczne dla obecności ciała obcego w oskrzelu, jednakowoż wzięte pod uwagę z wywiadami i w razie wątpliwości z ewentualnem prześwietlaniem mogą nietylko budzić wielkie podejrzenie na obecność ciała obcego pęczniejącego w oskrzelu, lecz nawet upewnić w tem rozpoznaniu. W przypadku drugim objawem upewniającym nas także do pewnego stopnia w rozpoznaniu ciała obcego w oskrzelu były wynaczynien a na błonie śluzowej tchawicy

widoczne przy badaniu lusterkiem krtaniowem, wywołane przez uraz.

Odnośnie do wyboru metody wydobywania ciał obcych pęczniejących spostrzeżenia nasze potwierdzają w zupełności zdanie większości autorów (jak Kahler, Brünings, Eicken, Schmiegelow, Calamida) a mianowicie, że nietylko u dzieci młodych ale i starszych jedyną pewną i najkrótszą drogą jest tracheo-bronchoskopja dolna, a potrzebna do tego tracheotomja jest w porównaniu z całością zabiegu tak niewinną, że możemy ją bez obawy nawet u bardzo małych dzieci w tym celu wykonać. Tracheo-bronchoskopja dolna w tych przypadkach jest jedyną metodą prowadzącą najszybciej do wydobycia z kilku względów:

1. ze względu na łatwość wprowadzenia rury przez skrócenie drogi i czasu trwania zabiegu.

2. ze względu na ominięcie niebezpieczeństwa zatrzymania się lub odłupania się ciała obcego napęczniałego przy przeprowadzaniu przez głośnię przy wydobywaniu przez bronchoskopję górną.

3. ze względu na ewentualny następowy obrzęk krtani, który zwyczajnie u dzieci przy dłuższem uciskaniu rury bronchoskopijnej (według niektórych autorów już przy pozostawaniu rury bronchoskopijnej ponad 15 minut) występuje i pociąga za sobą konieczność następnego wykonania tracheotomji. Haslinger wydobywał przez bronchoskopję górną zabawkę małą z oskrzela u 18 mies. dziecka, lecz wkrótce po zabiegu wystąpiła duszność bardzo znaczna tak, że musiał wykonać tracheotomję. Toteż nie zupełnie przemawia mi do przekonania postępowanie Haslinger'a, który wydobywał u 9-mies. dziecka fasolę kawałkami przez bronchoskopję i przypisuje wyleczenie głównie nadzwyczajnej opiece; podobnie też Wiskowsky u 2-letniego dziecka wydobył fasolę przez bronchoskopję górną i to najpierw łupinę, potem resztę fasoli w 4-ch kawałkach. Ten ostatni podnosi, że bronchoskopja górna wystarcza do tego celu w zupełności. Zdaniem mojem, dążeniem każdego operatora powinno być wydobycie fasoli w całości odrazu; wydobywając zaś fasolę w całości przez bronchoskopję górną narażamy chorego na większe niebezpieczeństwo uduszenia się wkutek ewentualnego zatrzymania się w głośni lub odłupania się i zatkania drugiego oskrzela jak wskazują na to przypadki wyżej przytoczone. Wreszcie wydobywając, kawałkami, pominąwszy tą okoliczność, że jest to mozolne i wymaga długiego czasu, nie możemy mieć bezwzględnej pewności czyśmy wydobyli wszystkie kawałki, czy też drobne cząstki nie wpadły do głębszych rozgałęzień oskrzeli i nie wywołają w płucach powikłań. Z przytoczonych powodów uważam bronchoskopję dolną przy ciałach miękkich łamliwych w oskrzelu za zabieg najodpowiedniejszy.

Wybór przyrządu którym mamy ciało obce pęczniejące wydobywać zależy w wielkiej mierze od wielkości względnie twardości jego. Słusznem wydaje się zdanie Moure'a, że najważniejszą rzeczą dla operatora w tych wypadkach jest pewna niezależność od znanych zasad, bo w każdym prawie przypadku okazuje się potrzeba indywidualizowania.

Jeśli fasola pozostaje przez dłuższy czas (2—3 dni) to napęcznieje i przez to napęcznienienie staje się bardziej kruchą i łamliwą. Stąd też uchwycenie takiej fasoli w oskrzelu ostremi szczypczykami Brünings'a zwłaszcza o ile ona jest duża (jak w naszym przypądku drugim) może łatwo spowodować rozłupanie się jej w czasie wydobywania i spowodować wszystkie wspomniane powyżej powikłania. Jeśli więc fasola jest duża objętościowo i ma łupinę częściowo złuszczoną, to najodpowiedniejszym przyrządem operacyjnym będzie w tym wypadku tępy haczyk zagięty pod rozwartym kątem (haczyk Killiana zmodyfikowany przez Zalewskiego). O ile zaś widzimy fasolę z całą niezłuszczoną otoczką i dość twardą, w kilkanaście godzin po wypadku, to najodpowiedniejszym przyrządem są ostre szczypczyki Brüningsa, zapomocą których chwytamy biegun górny fasoli i wydobywamy na zewnątrz; miało to miejsce w naszym przypadku 1 i 3-cim. Radziłbym jednak nie zupełnie zamykać szczypczyki tylko lekko przymknąć, by się lekko wbiły w fasolę, ponieważ całkowite silne zamknięcie, o ile grubość fasoli jest większa niż rozwartość szczypczyków, może spowodować przy zamknięciu niepożądane rozłupanie się. Szczypczyki tępe nie nadają się mojem zdaniem do chwytania fasoli, ponieważ powodują najczęściej wsuwanie się fasoli w głąb podobnie jak przy chwytaniu szczypczykami usznemi fasoli w przewodzie zewnętrznym; nie powinniśmy się posługiwać też haczykiem ostrym Killian'a ze względu na ewentualne skaleczenie ścian oskrzela i zakażenie, tembardziej, że się ostrego końca nie widzi, o ile się go wprowadzi za ciało obce. O ile już udało się nam zachwycić fasolę i przyprowadzić aż do otworu tchawicowego, to należy ucisnąć poniżej otworu, by przeszkodzić powtórnemu wpadnięciu w głąb. Najodpowiedniejszą chwilą do uchwycenia ciała obcego jest zakładanie szczypczyków czy też wprowadzanie haczyka przy wdechu ponieważ światło oskrzela jest wówczas najszersze co podnoszą głównie: Jackson, Chevalier a nasze przypadki w zupełności to potwierdzają; o ile przy jednym wdechu się nie udaje, należy poczekać do następnego i tak aż do skutku.

Jeszcze na jedną okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na rodzaj znieczulenia. W pierwszym przypadku posługiwaliśmy się ogólnem uśpieniem, w dwóch pozostałych tylko znieczuleniem miejscowem. Ze względu na niedostateczny dopływ tlenu w przypadku zaczopowania jednego oskrzela jasnem jest, że uśpienie ogólne jest czynnikiem bardzo niepożądanym w czasie zabiegu, ponieważ może spotęgować znacznie duszność a nawet spowodować duszenie się. Wzmaganie się duszności spostrzegaliśmy w naszym pierwszym przypadku, toteż w następnych dwóch uważaliśmy za najodpowiedniejsze zastosować miejscowe znieczulenie, — obstrzykując w kształcie rombu od chrząstki pierścieniowej do połowy mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego i od jugulum do wyż wspomnianego miejsca, przyczem nie zużywaliśmy więcej jak około 5 cm sześc. $^1/_2$% roztworu nowokainy; nadto $^1/_2$ cm sześc. obok tchawicy w głąb wstrzywnięte — całkowicie wystarczają do znieczulenia przy tracheotomji.

Przed nacięciem tchawicy 1 cm sześc. 1% roztworu kokainy wstrzyknięty do tchawicy zupełnie wystarcza do wykonania bronchoskopji. W ostatnim przypadku błony śluzowej tchawicy u 2-letniego dziecka zupełnie nie znieczulaliśmy, mimo to zabieg można było spokojnie wykonać. Uważam więc znieczulenie miejscowe przy wykonaniu tracheotomji i wydobywaniu ciała nawet u dzieci za zupełnie wystarczające i ze względu na ogólny stan chorego bezwzględnie odpowiedniejsze niż ogólne uśpienie.

Zbierając wyniki naszych spostrzeżeń klinicznych możemy ująć postępowanie nasze w przypadkach ciała obcego pęczniejącego dolnych dróg oddechowych u dzieci w następujących punktach:

1. najprostszą, najmniej dla chorego niebezpieczną i najpewniej prowadzącą do celu metodą wydobywania jest bronchoskopja dolna,

2. tracheotomja i bronchoskopja winny być wykonane w znieczuleniu miejscowem nawet u dzieci bardzo młodych a nie w uśpieniu ogólnem,

3. przyrządy służące do zachwycenia ciała obcego pęczniejącego są szczypczyki ostre Brünings'a, o ile ciało jest twarde i małe, a zmodyfikowany haczyk tępy, o ile ono jest duże i bardzo napęczniałe,

4. Rurkę tracheotomijną lepiej 3 - 4 dni pozostawić, mogą bowiem wystąpić objawy zwężenia krtani przez obrzęk powstały wskutek obrażenia przez ciało obce.

Z praktyki.

Dr. Marjan MIENICKI, Wilno.
adjunkt Kliniki Dermatologicznej.

Przyczynek do leczenia wilka pospolitego *Angiolymphą*

Z Kliniki Dermat. U. S. B. w Wilnie.
Kierownik: Prof. Dr. Z. Sowiński.

Zdania co do działania *angiolimfy* w przypadkach gruźlicy są rozbieżne, co się daje zauważyć nietylko w piśmiennictwie obcem, ale i z prac w czasopismach polskich (porów. Praschil Pol. G. L. N. 39, 1924 r., Walkowski — Nowiny

Lek. N. 6, 1924 r., Węgrzynowski i Wysocki Pol. G. L. Nr. 13, 1925., Blasberg Pol. G. L. N. 17 1925 r., Marciniec Pol. G. L. N. 17, 1925 r.).

Wobec tego uważamy za stosowne podzielić się spostrzeżeniami i wynikami, jakie mieliśmy na naszej Klinice przy próbach zastosowania w roku ubiegłym tego leku przy wilku pospolitym.

Do zastosowania tego środka skłonił nas przedewszystkiem przypadek, opisany przez Paranyi'a (Ars. Medic. Nr. 2, 1924 r.), zniknięcia ogniska chorobowego wilka pospolitego na twarzy po wstrzykiwaniach *angiolimfy,* stosowanej z racji współistniejącej gruźlicy płuc.

Że próby takie istnieją, obecnie w dermatologji, dowodzi fakt opisania przez J. König'a (Dermat. Wochen. B. 80, Nr. 12, 1925 r.) jednego przypadku wilka pospolitego twarzy leczonego wstrzykiwaniami *angiolimfy.* Autor u chorej z *Lupus exulcerans* na policzku po 18 wstrzykiwaniach w przeciągu 40 dni otrzymał zupełne wyleczenie.

Podajemy tu 4 przypadki, leczone tym sposobem (bez stosowania w tym czasie innych środków oraz miejscowych zabiegów).

Przypadek I.

Anna S., lat 17. Pierwsze zmiany chorobowe powstały przed siedmiu laty. Lewa strona twarzy prócz czoła bliznowato zwyrodniała, gładka, pokryta żółtawemi plamkami. Brzegi ułożone obrączkowato – nieco wyniosłe; obficie usiane gruzełkami. Od dnia 10. VI.—3. VII. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy* co drugi dzień po 2 cm. sz. Waga chorej przed wstrzykiwaniami = 57.8 kg. Po sześciu wstrzykiwaniach waga = 56.5 kg. Po 12 wstrzyk. waga = 54.6 kg.

Przez cały czas chora uskarżała się na senność i ogólne osłabienie, czego przed wstrzykiwaniami nie miała. Wstrzykiwania nie wywoływały podniesienia ciepłoty.

Sam proces chorobowego ogniska nie zmniejszył się, a nawet rozszerzył na prawą stronę nosa.

Przypadek II.

Konstancja R., lat 65, chora od trzech lat.

Na górnej części lewego policzka 3 ogniska wilkowe, z nich dwa – wielkości ziarnka grochu, a jedno — paznokcia. Na lewej stronie szyi jedno ognisko wielkości paznokcia. Gruzełki o typie płaskim. Od 7. VI.—4.VII. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy.*

Waga chorej przed wstrzykiwaniami = 40.6 kg. Po 6 wstrzyk. waga = 42.5 kg. Po 12 wstrzyk. *angiolimfy* waga = 40.0 kg.

W tym przypadku po sześciu wstrzyknięciach na miejscach, chorobowo zmienionych, blizny i grnzełki nieco przybladły; nowych wykwitów nie dało się zauważyć. Jednak podczas następnych wstrzyknięć proces wilkowy zaczął postępować. Chora ta również uskarżała się na senność i osłabienie, zwłaszcza przy końcu leczenia. Ciepłota u niej zwykle po wstrzyknięciach nieco się zwiększała (do 37.5°).

Przypadek III.

Zofja S., lat 15, chora od pięciu lat.

Po lewej stronie szyi oraz twarzy blizny i gruzełki wilkowe. Dolna powieka oka lewego wywinięta. Na lewem przedramieniu dwa ogniska: jedno wielkości orzecha włoskiego — drugie — jaja kurzego. Na prawem ramieniu ognisko wielkości dłoni. W okolicy stawu kolanowego prawego trzy ogniska; jedno wielkości dłoni, dwa — orzecha włoskiego. Od 16. VI.—7. VII. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy.*

Waga przed wstrzyk. = 43.8 kg. Po 6 wstrzyk. waga = 42.7 kg. Po 12 wstrzyk. waga = 42.5 kg.

W tym przypadku wstrzykiwania nie wywoływały żadnego ogólnego odczynu; natomiast poniżej brwi prawego oka, tj. w miejscu, poprzednio nieuszkodzonem, dało się zauważyć powstawanie nowych gruzełków.

Przypadek IV.

Marja P., lat 52, chora od trzydziestu lat.

Cała powierzchnia twarzy pokryta owrzodzeniami i bliznami; ubytek tkanki duży; na zbliznowaciałych miejscach liczne gruzełki; nos zniekształcony; powieki wywinięte. Od 10. VI. do 16. IX. 1924 r. wstrzykiwania *angiolimfy.*

Waga przed wstrzyk. = 43.5 kg; po 6 wstrzyk. waga = 43.2 kg; po 12 wstrzyk. waga = 43.5 kg; po 18 wstrzyk. waga = 45.0 kg; po 24 wstrzyk. waga = 47,0 kg; po 30 wstrzyk. waga = 47.0 kg.

W tym przypadku mieliśmy prócz poprawy ogólnego stanu nieco szybsze gojenie się owrzodzeń i wygładzanie blizn. Same zaś wstrzykiwania prócz uczucia senności, na które chora się uskarżała, nie wywoływały żadnego ujemnego działania na ustrój. Chorej zalecono dwutygodniową przerwę, po której jednak zaobserwowaliśmy nowe liczne gruzełki i owrzodzenia.

Z tego widzimy, że *angiolimfy* przy wilku pospolitym, nie można uważać za środek skuteczny.

Widzimy jej rozmaity wpływ na stan ogólny chorego — natomiast wybitnej poprawy zmian miejscowych nie stwierdziliśmy. Przeciwnie — w trzech przypadkach mieliśmy wyraźne pogorszenie. Krótkotrwałe polepszenie dało się zauważyć tylko w jednym wyżej opisanym przypadku, co nas skłoniło w tym razie do najdłuższego (30 wstrzyk.) stosowania tego środka.

Wobec bardzo wątpliwych wyników, otrzymanych po stosowaniu *angiolimfy,* jak również i ze względu na to, że jest ona drogą, zaniechaliśmy jej dalszego stosowania.

Dr. Józef BRATTER. Lwów.

Dwa przypadki wąglika.

Pawilony zakaźne.
Prymarjusz: Dr. W. Arnold.

I. J. A. l. 52 przyjęty dnia 22. I. 1925.

St. pr. Na przedramieniu prawem trzy pęcherzyki krwotoczne. Tętno miękkie, przyśpieszone. Płuca i serce bez zmian. Brzuch silnie bolesny, ze strony przewodu pokarmowego biegunki z domieszką krwi. Śledziona nieco powiększona.

Ośm godzin po przyjęciu wśród objawów zapadu *exitus.*

Przypadek jako jednostka chorobowa (*pustula maligna, anthrax intestinalis)* niezbyt rzadki, ciekawy jest jednak ze względu na anamnezę, która dobitnie świadczy o ciemnocie naszej ludności wiejskiej.

Oto wywiady: Przed 5 dniami zachorowała u sąsiada krowa; jego — starego gospodarza — wyznającego się w tych sprawach, wezwano, by pomógł na »zatrzymanie się krwi«. Więc naśladując zabieg wykonywany przez weterynarzy — wprawdzie przy innych chorobach i nieco inaczej — wprowadził ręką prawą aż po łokieć do odbytnicy krowy i drapiąc paznokciami błonę śluzową »wygarniał zatrzymaną krew«. Krowa — rzecz dziwna, twierdzi chory — mimoto padła. A w 4 dni po wyżej opisanym zabiegu wystąpiły na przedramieniu swojskiego weterynarza pęcherzyki krwotoczne, do których przyłączyły się wkrótce objawy ze strony przewodu pokarmowego, jako wyraz ogólnego zakażenia wąglikowego.

Opisany sposób zakażenia jest u nas — jak zapewnia Arnold — wcale nie rzadki, nie znalazłem go jednak w żadnym podręczniku.

II. Z. H. l. 27 przyjęta dnia 9. III. 1925.

Anamn.: Przed 6 dniami wystąpił u chorej (kasjerka gminy) na prawej łopatce pęcherzyk krwotoczny. Sposób zakażenia niejasny; może zanieczyszczone banknoty. W 5 dni potem wystąpiły bóle głowy i wymioty; te ostatnie szczególnie przy zmianie ułożenia. Stolec zaparty, mocz oddaje prawidłowo.

St. pr. Chora średniego wzrostu, miernie odżywiona. Tętno silnie napięte, powolne (około 60). Nerwy mózgowe: prócz lekkiej ptozy powieki lewej żadnych zmian w inerwacji twarzy. Na nodze lewej obj. Oppenheima dodatni i podwyższony lekko odruch kolanowy. W płucach stare zmiany szczytowe, pozatem narządy wewnętrzne bez zmiany. Ciepłoty subnormalne, dno oka prawidłowe.

Mocz: diazo zaznaczone, kwas aceto-octowy obecny.

Badanie krwi: Seg. 36, Sztab. 31, Młod. 10, Mycloc. 3, Limf. 17, Monoc. 2.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: białko (zapomocą HNO_3) znacznie wzmożone, Nonne-Appelt dodatni, Pandy wybitnie dodatni.

Cytologicznie stwierdza się wyraźnie limfocytozę, bakterjologicznie: płyn jałowy. Od 9. III. do 14. III. stosowano kąpiele gorące (33° R przez 30') i lewatywy odżywcze

14. III. wstrzyknięto 50 cm. sz. surowicy przeciw-wąglikowej. Badanie krwi 16. III. wykazuje: Seg. 72, Sztab. 10, Limf. 17, Monoc. 1. Równocześnie ustąpiły wszystkie objawy chorobowe i chora po dwu tygodniach opuściła szpital uleczona.

Neurologowie rozpoznawali *meningitis basilaris in indiv. c. pust. malig.* Etjologja gruźlicza upada jednak wobec faktu pomyślnego zejścia sprawy chorobowej. Myśmy różniczkowali między *meningitis epidemica in indiv. c. pust. malig.* a zapaleniem opon mózgowych, jako objawem towarzyszącym zapaleniu wąglikowemu.

Rozstrzygnięcie utrudniała jałowość płynu. Rozumowanie musiało uwzględnić następujące fakty:

1) Limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje nietylko w *meningitis basilaris*, ale i przy *meningitis serosa*.

2) Do obrazu sekcyjnego zakażenia wąglikowego należą krwawienia w mózgu jakoteż *leptomeningitis*.

3) Po zastrzyknięciu surowicy przeciwwąglikowej obraz krwi, przedtem septyczny, wykazuje stosunki prawidłowe.

I gdybyśmy mieli pewność, że surowica zadziałała ściśle swoiście a nie jako obce białko — to punkt 3) wystarczyłby całkowicie do rozpoznania *meningitis anthracica*. A przeciwko proteoterapijnemu działaniu surowicy w tym przypadku świadczy brak odczynu gorączkowego i przejście wzmożonej ilości ciałek białych w stosunki prawidłowe.

Gdybyśmy mimoto chcieli przyjąć, że mieliśmy do czynienia z *meningitis epidemica*, to wobec nagłej poprawy po zastosowaniu surowicy przeciwwąglikowej, przekonanie o swoistości surowicy przeciwmeningokokkowej — i tak nie powszechnie obowiązujące — zostałoby jeszcze bardziej zachwiane.

Przytoczony łańcuch myśli skłania do przyjęcia w przypadku opisanym infekcji jednolitej i rozpoznania: *pustula maligna, meningitis (serosa) anthracica*.

Wykłady i odczyty.

Dr. med. Aleksander SIMON. Warszawa.

Działanie wód mineralnych — proteinoterapja.

Odczyt wygłoszony dnia 20. stycznia 1925 r. w Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem.

W uzupełnieniu odczytu kolegi Skórczewskiego o źródle Zubera w Krynicy i jego działaniu chciałbym na temże miejscu wypowiedzieć parę uwag o działaniu wód mineralnych w ogólności.

Balneologja, choć znacznie starsza wiekiem od wielu innych nauk lekarskich, pozostała w porównaniu z ich prędkim rozwojem w tyle i nie czyni gwałtownych postępów. Nic w tem dziwnego Nie jest ona albowiem samodzielną, lecz tylko nauką stosowaną, w zupełności zależną od postępu innych dziedzin. Składa się na nią wszak klimatologja, meteorologja, hydrologja, hydro- heljo- fizyko- mechano-terapja, radjologja, dietetyka i t. d.

Widzieliśmy, jak w ostatnich 30-u latach przeobraziły ją doszczętnie nowe zdobycze chemji fizykalnej i jak ważne do niej zastosowanie znalazło poznanie ciał promieniotwórczych. Poprostu każde nowe odkrycie w dziedzinie fizyki, chemji czy też nauk lekarskich przeobraża lub da się przynajmniej zastosować do balneologji.

Tyle się kryje sił i tajemnic natury w źródłach, wytryskujących z głębi matki-ziemi.

To też już *à priori* można było przypuszczać, że najnowsze z nazwy, a jednak stare, odkrycie lecznicze, proteinoterapja, która rzuca nowy i mocny słup światła na *vis medicatrix naturae* i obiecuje gruntowne przeobrażenie lecznictwa spółczesnego, powinno się też odbić na balneologji. Oczywiście pojęcie proteinoterapji wymaga rozszerzenia, a sama nazwa nie jest właściwą. Wszak wiemy obecnie, że działanie n. p. nietylko nieswoistych szczepionek (wakcyn), lecz i ciał koloidalnych (złota, srebra, palladu i t. d.) w zasadzie sprowadza się do tego samego, co w ustroju następuje po zastrzykach ciał proteinowych.

Wszak odkrycie Weiharda w Erlandze i Struebeka we Fryburgu polega na przypuszczeniu, że przy pozajelitowem wprowadzeniu do ustroju ciał białkowych we właściwych dawkach potęguje się odczyn komórek schorzałego narządu na czynnik chorobotwórczy, czyli się wzmaga *vis medicatrix naturae*. Przy tej sposobności chciałbym zwrócić uwagę, że ta hipoteza zupełnie nie jest nowa.

Bardzo sędziwy obecnie profesor farmakologji uniwersytetu Gryfji (Greifswald'u) Hugo Schulz wypowiedział ją już kilkadziesiąt lat temu w szerszem znaczeniu i na niej oparł nawet całą farmakologję leków nieorganicznych w podręczniku wydanym już w 70-ym którymś roku*).

Za tę teorję przez parę dziesiątków lat szydzili zeń nawet jego zawodowi współkoledzy-rodacy (farmakologowie niemieccy). Schulz dostosował do farmakologji prawo, odkryte przy badaniu zjawisk duchowych (psychicznych) przez psychjatrę Arndta, prawo, które odtąd otrzymało w fizjologji nazwę podstawowego prawa biologicznego Arndt-Schultz'a. Według niego słabe bodźce ożywiają czynności życiowe, bodźce o średniej intenzywności pobudzają je, mocne zaś hamują, a zbyt mocne zupełnie je znoszą. Prawdziwość owego prawa sprawdził Schultz w przeciągu kilkudziesięciu lat na niezliczonych przetworach leczniczych, głównie nieorganicznych, które stosował na licznych zdrowych i chorych osobnikach w ciągu długiego czasu, studjując przytem ich działanie na poszczególne narządy. Najgorliwiej i najskrupulatniej badał Schultz siarkę w ciągu wielu lat na licznych młodych, zdrowych studentach i szeregach chorych. Podawał on im siarkę doustnie, najczęściej jako *t-ra sulfuris* po 5—10 kropel parę razy dziennie lub jako ichtjol, czy też ichtalbinę, przez dłuższy czas, przyczem przy małych dawkach stwierdzał natężenie energji i odporności komórek oraz narządów. Przejawiało się to n. p. w wyleczeniu choroby, nie dającej się przedtem usunąć zapomocą zwykłych sposobów leczniczych.

N. p. małokrwistość ustępowała pod wpływem podawania żelaza dopiero po kilkudniowem poprzedniem podawaniu siarki w przypadkach, w których samo podawanie żelaza nie skutkowało.

To samo obserwowano w gośćcu z salicylem, w przypadkach zatrucia rtęcią, ołowiem i t. d. Kiedy zaś Schultz stosował siarkę w zbyt wielkich dawkach u ludzi zdrowych lub też mniejsze dawki przez zbyt długi czas, stwierdzał on niewątpliwie osłabienie odporności prawie wszystkich narządów, co się przejawiało niezliczonemi cierpieniami wszystkich bez wyjątku układów, jako choroby skóry (swędzenie, wypadanie włosów, potliwość, czyraki, pryszczyca), jako bóle i obrzmienia mięśni, stawów, powięzi, nerwów, jako nieżyty dróg oddechowych, żołądka i kiszek, zachorzenia wątroby i dróg moczowych, dolegliwości ze strony serca i naczyń (przyśpieszenie i niemiarowość tętna), ośrodkowego układu nerwowego (zdenerwowanie, senność lub bezsenność, bóle i zawroty głowy), ba, nawet narządów zmysłów (wzroku i słuchu).

Siarkę uważa Schultz przeto od wielu dziesiątków lat za prototyp i wzór środka leczniczego, działającego w duchu wymienionego podstawowego prawa biologicznego, czyli wyrażając się w języku współczesnej nauki, działającego, jak zastrzyki ciał proteinowych.

Jeśli po tej wycieczce historycznej zwrócimy się do działania wód mineralnych, to narzuca się nam sama przez się obserwacja, że przy ich stosowaniu w jakiejkolwiek postaci (picie, kąpiele, inhalacje i t. d.) i we właściwych dawkach głównem następstwem i zasadniczym warunkiem ich skuteczności jest odczyn poszczególnych narządów czy też całego ustroju.

A więc po wdychiwaniach, piciu naturalnych źródeł czy też wód sztucznych, zawierających emanację promieniotwór-

*) Prof. dr. Hugo Schulz. »Vorlesungen über Wirkung der unorganischen Arzneistoffe«, najnowsze wydanie 1922 (Lipsk, Thieme).

czą lub siarkę oraz po kąpielach w takiejże wodzie, w szlamie, błocie i t. d. następuje obostrzenie spraw chorobowych w narządach ruchu (stawach, mięśniach i nerwach), tak samo, jak po piciu wody karlsbadzkiej w drogach żółciowych, a po Vichy i wodzie Zubera w nerkach (raczej w miedniczkach nerkowych), jak to z naciskiem podkreślił kol. Skórczewski w swoim odczycie.

Powtarzanie się tych poszczególnych odczynów przy racjonalnej kuracji zdrojowej, ich sumacja stopniowo sprowadza poprawę stanu chorobowego lub też jego wyleczenie.

Fałszywe lub niewłaściwe stosowanie źródeł i zabiegów wywołuje pogorszenie miejscowe i zachorzenie ogólne.

Nie widzę jednakże, iżby między tym odczynem, wywołanym przez stosowanie zabiegów balneologicznych, a proteinoterapją w postaci n. p. zastrzyków mleka lub białka roślinnego (nowoprotyny), czy też siarki i jej przetworów, które już zaczynają być modnemi w lecznictwie, istniała jakakolwiek zasadnicza różnica.

Sądzę przeto, że mam prawo do twierdzenia, że działanie wód mineralnych w dużym stopniu, choć oczywiście nie wyłącznie, polega na tem, co obecnie nazywamy proteinoterapją, ale w znacznie szerszem znaczeniu rozumianą.

Jeśli moja hipoteza jest słuszna, to należy przypuszczać, że stosowanie wód mineralnych do zastrzyków podskónych lub śródżylnych, powinno już w znacznie mniejszych i słabszych dawkach sprowadzać ów pożądany odczyn, a następnie wyleczenie. Nieliczne i ostrożne doświadczenia tego rodzaju, pod innym zupełnie kątem widzenia przeprowadzone, zwłaszcza, ze sztucznemi roztworami emanacyjnemi (radjogenem, torem) zdają się przemawiać za moją hipotezą.

Przeprowadzenie tych doświadczeń w szerszym zakresie też z wodą Zubera, byłoby bardzo pożądane. Mechanizm proteinoterapji i jej poszczególnych rodzajów oraz istota odczynu proteino-terapeutycznego w poszczególnych narządach tak są jeszcze ciemne i mało opracowane, że wydaje mi się przedwczesnem, aby kusić się o ściślejszą analizę również i odczynu spowodowanego zabiegami balneo-terapeutycznemi. Mimo to mniemam, że hipoteza tutaj wyjawiona tkwi, że tak powiem, pod progiem poznania naukowego i musiała być lada chwila wypowiedziana.

Pragnąłbym, żeby to nastąpiło w Warszawie w związku z referatem o źródle Zubera w Krynicy.

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 15. 1925.

G u t h. **Przebicie wrzodu żołądkowego.**

R o s e n b e r g. **Dicodid w praktyce chirurgicznej.** Autor zauważył przy stosowaniu dicodidu, działanie znieczulające i wywołujące sen. Nieprzyjemnych objawów ubocznych, jakie występują po morfinie nie zauważono. Działanie trwa 3—4 godziny a ilość 0,015 jest zupełnie wystarczająca. Dicodid stosuje się z dobrym skutkiem przy kolkach żółciowych i nerkowych, przy *empyema* (jako środek, usuwający bodziec do kaszlu), przy kamieniach pęcherza moczowego, zapaleniu pęcherza na tle gruźliczem i zapaleniach przydatków (w formie czopków à 0,015).

L e n h a r d t. **Działanie lecznicze »Cylotropiny«.** Cylotropinę stosuje się przy *pyelitis, pyelonephritis* i *cystitis*. Cylotropina jest to połączenie urotropiny, koffeiny i salicylu.

W ogólności stosuje się 5 zastrzyków po 5 cm³ dożylnie. Mocz się wyjaśnia, oddziaływuje kwaśno, bóle zmniejszają się, a ogólny stan zdrowia polepsza się.

C a s p e r. **Leczenie zapalenia nerek.** Autor zaleca dekapsulację nerki przy ostrem zapaleniu nerek, pewnych mocznicach, anurji i oligurji.

Objawy uremiczne ustępują, diureza polepsza się. Także przy silnych krwotokach daje dekapsulacja dobre wyniki. Nie chodzi tu o krwotoki występujące przy ostrem zapaleniu nerek, lecz długotrwałe krwawienie, groźne dla życia, wywołujące niedokrwienie mięśnia sercowego; także przy krwawieniach z nerek powstałych nie na tle zapalenia nerek zaleca autor dekapsulację.

Niektórzy autorowie polecali odnerwienie tętnicy nerkowej, analogicznie do sympatektomji, z dobrym wynikiem. Volhard proponuje stosowanie terapji ciał drażniących, zapomocą wstrzykiwań kaseiny lub naświetlań promieniami Roentgena. Przy anurji mają promienie Roentgena skuteczne działanie.

Bardzo skutecznie działa dekapsulacja przy nefrozie, *glomerulonephritis acuta* i kolce nerkowej. Przy anurji nie wolno czekać z dekapsulacją dłużej, jak 24 godzin, skoro nie wystąpiła diureza po leczeniu internistycznem i naświetlaniach Roentgenem.

Przeciwwskazania do dekapsulacji: przy marskości nerek, zwiększonem parciu krwi, niedostatecznem wydzielaniu błękitu i cukru po florydzynie. Volhard poleca w każdym przypadku naświetlania promieniami Roentgena przed wykonaniem dekapsulacji.

Nr. 16. 1925.

S i m o n. **Podmiotowe dolegliwości przy założeniu odmy otrzewnowej.** Autor próbował na sobie założenie *pneumoperitoneum*, celem stwierdzenia objawów, jakie u zdrowego człowieka wystąpić mogą. Autorowi wprowadzono do jamy brzusznej 1800 cm³ tlenu w przeciągu 10 minut. Autor miał uczucie silnego napięcia w jamie brzusznej po wprowadzeniu 500 cm³ tlenu, prócz silnego bólu, wywołanego przekłuciem skóry igłą punkcyjną. Po wprowadzeniu 1000 cm³ wystąpił utrudniony oddech, po 1200 cm³ wystąpiły bóle rwące i ciągnące w górnych częściach prawego i lewego podżebrza, które to bóle odpowiadały przebiegowi nerwu przeponowego, promieniujące w okolicę szyi wzdłuż przebiegu nerwów nadobojczykowych. Przy leżeniu na wznak, objawy te nieco się zmniejszały. W pozycji siedzącej wzmagała się znacznie duszność, również wystąpiła czkawka i zapad z małem szybkiem tętnem, pobudzeniem do wymiotów i charakterystycznym wyrazem twarzy. Powodem wystąpienia zapadu, jest — zdaniem autora — to, że w pozycji siedzącej gaz wywołuje podrażnienie otrzewnej i jelit, który to stan, podobnie, jak przy objawie Goltza u żaby, odruchowo wywołuje zaburzenia czynnościowe serca. Po usunięciu powietrza z jamy brzusznej objawy powyższe ustąpiły, jednakowoż ból w okolicy łopatek (pleców) utrzymał się przez 3 dni.

Przy wykonaniu takiego zabiegu, zachodzi możliwość zakażenia chorego igłą i drobnoustrojami wprowadzonemi z gazem. Z drugiej strony może się zdarzyć, że jelito lub naczynie krwionośne zostanie przebite, następstwem czego jest zator powietrzny.

S e m l e r. **»Gitapurin«.** Autor podaje jako nowy środek nasercowy dobrze działający »*Gitapurin*« w formie tabletek, nie drażniący błony śluzowej żołądka, i w formie płynu do zastrzyków podskórnych. Środek ten ma skuteczne działanie przy niedomodze serca i wadach zastawkowych z zastoiną i obrzękami, także przy *arhythmia perpetua*. Jest to preparat szybko i sprawnie działający i nie wywołujący bólu przy zastrzyknięciu.

L e n k. **Leczenie wrzodów przewodu pokarmowego promieniami Roentgena.** Autor zauważył w wielu przypadkach wrzodu żołądka znaczne polepszenie stanu podmiotowego i przedmiotowego chorych wskutek leczenia naświetlaniami promieniami Roentgena.

Wykonuje się 2—3 seryj takich naświetleń, a objawy chorobowe (odbijania kwaśne, zgaga, ból w dołku podsercowym) ustępują, a także i wrzód częściowo się zabliźnia. Również zauważono, że promienie Roentgena zmniejszają i usuwają krwotoki, to też po naświetlaniach nie wykazano krwi w stolcu. Nawet naświetlania wątroby mogą usunąć krwotoki.

R o b i t s c h e k. **Stosowanie soli bizmutowych jako środka moczopędnego.** Autor podaje przypadek, w którym z powodu obrzęków, na tle wady sercowej podawał rozmaite środki moczopędne, działające tylko z początku (novasurol); później

podawał je bez żadnego efektu. Wreszcie zastosował autor Spirobismol w ilości 2 cm^3, co drugi dzień domięśniowo.

Diureza podniosła się do 600 i 1200 cm^3, a po drugiem wstrzyknięciu do 3400 cm^3. Obrzęki znikły zupełnie i chory czuł się dobrze. Autor dochodzi do przekonania, że preparaty bizmutowe mają bardzo dobre działanie moczopędne. Z tych preparatów podaje autor: Spirobismol, Bismosalwan i Bismo-Yatren.

L e v y. **Autohemoterapja przy fractura metatarsea.** Autor podaje przypadek złamania kości śród-metatarsalnej u nogi, gdzie gojenie się przeciągało się przez kilka tygodni bez wytworzenia kostniny. Autor wziął choremu krew z żyły ramieniowej i wstrzyknął $1\frac{1}{2}$ cm^3 krwi w miejscu złamania. Nogę pozostawiono w opatrunku gipsowym przez dwa tygodnie. Po upływie tego czasu prześwietlono nogę promieniami Roentgena i stwierdzono wyraźnie tworzenie się kostniny w miejscu złamania. Autor kładzie nacisk na znaczenie autohemoterapji w gojeniu się złamań.

N e u m a n n. **Dijodyl i przedawkowanie jodu.** Autor podaje jako nowy środek »*Dijodyl*«, zawierający 46% jodu. Poleca stosowanie tego preparatu przy kile i miażdżycy, w ilości 0,15, 3 razy dziennie, co wynosi dziennie 0,45 dijodylu, czyli 0,2 jodu.

Wydalanie dijodylu następuje po 72 godzinach, podczas gdy jodek potasu wydziela się po 24 godzinach. Przy podawaniu jodku potasu w rozczynie $^5/_{200}$ otrzymuje chory dziennie 1,25 – 0,95 jodu, t. zn. cztery razy więcej, niż przy podawaniu dijodylu. Także przy dijodylu nie stwierdzono następstw ubocznych, jakie mogą wystąpić przy podawaniu innych preparatów jodowych.

S. Arnoldówna (Lwów).

Zeitschrift f. Augenh.
T. LIV. Grudzień. 1924. Z. 5.

A. B i r c h - H i r s c h f e l d. **Obecny stan jaglicy w Prusach wschodnich i jej zwalczanie w świetle doświadczeń kliniki ocznej w Królewcu.** Autor podaje statystykę jaglicy z dawnych lat i zestawia ją z latami ostatniemi. Jest zdania, że statystyka policyjna odbiega znacznie od rzeczywistości. Według statystyki Kühnta przypadało od r. 1877—1883 przeciętnie 16% chorych jagliczych, od r. 1891—1896 15,5% na ogólną ilość chorych ambulatoryjnych. W niektórych latach procent był większy n. p. w latach 1877—1878, 19,9% w innych znowu mniejszy 13,5%. W swej statystyce za czas 1917—1923 podaje autor znaczny spadek jaglicy, gdyż zaledwie 4,22% a więc $^1/_4$% statystyk dawniejszych. Ilość chorych ambulatoryjnych przytem wzrosła. Podczas, gdy w r. 1880 wynosiła ona 2.200 chorych, to w roku 1921 doszła do 7.148.

Na zmniejszenie się chorych jagliczych wpłynęły: zwiększona ilość specjalistów ocznych, zmiana granic, a więc mniejszy dopływ chorych do kliniki, zajęcie się leczeniem jaglicy lekarzy okręgowych na prowincji i mniejszy dopływ z zagranicy wskutek trudności paszportowych. W rzeczywistości ilość chorych na jaglicę zmalała; być może, że żywotność bakteryj z latami osłabła. Warunki higjeniczne, jak pomieszkanie, czystość, używanie tej samej bielizny, nie poprawiły się, lecz owszem wzrosły trudności mieszkaniowe. Dlatego ilość chorych jagliczych w samem mieście uniwersyteckiem wzrosła w dwójnasób. Wzrost ten dawał się zauważyć w czasie wojny. Dotyczy przeważnie biedniejszej ludności.

Zakażenie następuje na drodze przenoszenia przez zetknięcie się. Na zakażenie się są wrażliwsze oczy z zapaleniem nieżytowem. Dla chorych jagliczych jest osobny budynek przy klinice. Wobec trudności opałowych przyjmowano chorych w zimie w tym samym budynku, tylko w oddzielnej sali. Ścisłe oddzielenie chorych jagliczych nie uważa autor za konieczne. Choroba częściej występowała u kobiet 60%, u mężczyzn 40%. W większości przypadków 74,3% postać chorobowa była przewlekła. W 5%—26% występowało zakażenie w wieku szkolnem od 10—20 lat, najwięcej między 16—19 rokiem życia. W połowie przypadków występowały ciężkie powikłania, dlatego jaglicę należy uważać za ciężkie cierpienie, z którem społeczeństwo powinno walczyć wszelkiemi środkami. Jaglicę leczono znanemi sposobami: wyciskaniem, nakłuwaniem, wycieraniem i środkami leczniczemi. Autor zachwala i podaje świetne wyniki po wycięciu spojówki i tarczki sposobem Kuhnta, co poleca również Pick. Z pomyślnym skutkiem dokonano tego zabiegu w 18,3% stosownie do statystyki autora. W zakładzie chorych pomyślnie stosowano wyciskanie po znieczuleniu przez zakroplenie do worka spojówkowego eusеminy.

Dotyczyło to zakładu umysłowo-chorych, gdzie zakażenie wystąpiło endemicznie.

Do następowego leczenia ma się dobrze nadawać 5—10% maść tracuminowa.

Jaglica, jak każda choroba zakaźna podlega urzędowemu doniesieniu policyjnemu.

Autor stoi na stanowisku wykazów miesięcznych, a nie pojedynczych. Pojedyncze przypadki powinno się zgłaszać w razie epidemji w danej miejscowości.

Imienne zgłaszanie chorych i zmuszanie ich do leczenia może mieć nieprzyjemne następstwo wskutek unikania lekarzy przez odnośnych chorych. Każdy lekarz powinien prowadzić oddzielną książkę dla chorych jagliczych, co ułatwi statystykę i może być wykazane władzom na żądanie. Konieczna jest współpraca specjalisty z lekarzem praktycznym. Chory bowiem najpierw zwraca się do lekarza praktycznego, a po pewnym pobycie na klinice znowu wraca do niego, celem następowego leczenia. Autor wyraża życzenie wznowienia kursów dla lekarzy praktycznych o leczeniu jaglicy. Poleca stworzenie centrali dla zwalczania jaglicy. Wreszcie wskazanem byłoby uświadomienie ludności przez wykłady, notatki w gazetach i pozostawanie w porozumieniu z nauczycielami, gminami i władzami miejscowemi.

Autor wzywa gorąco do zebrania i wytężenia wszystkich sił w kierunku walki z chorobą, która co roku upośledza wzrok tysięcy jednostek.

C. H. S a t t l e r i A. B l o h m k e. **O pochodzeniu drżenia oczu w ciemności.** Drżenie gałek ocznych u górników, u niemowląt w ciemności i u młodych psów w ciemności mają wspólne cechy. Ohm chciał doświadczalnie wykazać czy pozostaje ono w zależności od aparatu wzrokowego, czy przedsionkowego *(vestibularis)*. U górników występuje bowiem wskutek złego oświetlenia zmniejszenie wrażliwości siatkówki. Wskutek nieprawidłowego trzymania głowy i przymusowej pozycji ciała następuje przedsionkowe kurczowe napięcie mięśni gałki ocznej. Celem przekonania się, czy większą rolę odgrywa w tym przypadku narząd wzrokowy, czy przedsionek, przeciął Bartel psom nerwy oczne i pozostawił je w ciemności. U jednego nie wystąpiło drżenie gałek ocznych, a u drugiego wystąpiło po 3 miesiącach. Ohm zatem przypuszczał, że drżenie nie występuje u ślepych psów, a po przecięciu nerwów drżenie gałek ustępuje u psów, które przedtem cierpiały w ciemności na drżenie gałek ocznych. Doświadczalnie przeprowadził to na kocie, któremu wstrzyknął 0,3 cm^3 10% nowokainy. Drżenie ustąpiło natychmiast na przeciąg 35 minut po wstrzyknięciu. Stąd wniosek, że siatkówka jest potrzebna do podtrzymania drżenia. Autor wykonał to samo doświadczenie na psach; drżenie nie ustąpiło. Po przecięciu nerwów ustąpiło drżenie dopiero po $3\frac{1}{2}$ tygodniach. Tłumaczy to tem, że w jego przypadku drżenie poprzednio trwało dłużej, a więc uszkodzenie centrów mięśniowych było trwalsze.

P. S c h i n c k. **Guz przysadki mózgowej rozpoznany jako śpiączkowe zapalenie mózgu.** Przypadek dotyczył 38-letniej kobiety, która przeszła grypę. Na jednem oku wystąpiło porażenie mięśni zewnętrznych i wewnętrznych, podwójne widzenie, bystrość obu oczu średnia. Silne bóle głowy. Po roku na obydwu oczach opadnięcie powiek, porażenie wszystkich mięśni gałek ocznych, tarcze bledsze, śpiączka, bóle głowy i ślepota.

Badanie promieniami Roentgena wykazało guz wielkości jabłka, wychodzący z przysadki mózgowej.

W różniczkowem rozpoznaniu należy podnieść, że po zapaleniu mózgu, ustępują porażenia mięśni w 6 tygodni po chorobie.

Przy guzie występuje zwykle *hemianopsia*, której w tym przypadku nie było.

Przeciw zapaleniu mózgu przemawiał przewlekły przebieg, obniżenie czucia rogówki, lewej skroni i wargi. Wobec bardzo znacznego pogorszenia zaniechano leczenia Roentgenem, a natomiast wykonano trepanację »*sella turcica*«.

Sekcja wykazała guz o utkaniu nabłonkowem. Prawidłowe pole widzenia nie musi zatem przemawiać przeciw guzowi przysadki mózgowej.

W. Hoffmann. **Przypadek torbieli gałkowej.** Chora 24-letnia nie miała od urodzenia oka prawego. Od 8 miesięcy zauważyła obrzęk powieki dolnej oka prawego. Stwierdzono obrzęk powieki dolnej, która wzrastała ponad górny oczodół. Wnętrze oczodołu było płaskie próżne.

Rozpoznano torbiel powieki dolnej i usunięto ją operacyjnie. Okazało się, że była to torbiel wyścielona barwnym przybłonkiem. Na tylnej ścianie torbieli rozwinęły się niektóre części składowe oka t. zw. *mikrophtalmus*.

Autor omawia zarodkowe wytworzenie się torbieli i niedorozwój gałki.

Przyjmuje doświadczalne powstanie torbieli u królików za podstawę swego zapatrywania na rozwój torbieli i szczelin ocznych. Odnośne doświadczenia przeprowadził v. Hippel.

F. Rauh. **Progi pobudliwości i wrażliwości na światło przed porodem i po porodzie.** Autor przeprowadził doświadczenie zapomocą adoptometru Birch-Hirschelda na 75 ciężarnych. Badanie podzielił na 3 okresy:

I. przed porodem,

II. po porodzie,

III. przed wypuszczeniem ze szpitala.

Otrzymał następujące wyniki:

1. w 17,3% nie było żadnych zaburzeń wrażliwości końcowej na światło. Dotyczyło to ciężarnych powyżej 25 lat.

2. Większość ciężarnych 82,7% wykazała zaburzenia wrażliwości na światło, które się okazały:

a) w obniżeniu wrażliwości na światło przed porodem ($^1/_4$—$^2/_5$) u 54,7% rodzących. (Rodzące młodsze, duże dzieci).

b) w obniżeniu wrażliwości na światło po porodzie ($^1/_4$—$^2/_5$) u 19% ciężarnych.

c) w podwyższeniu się wrażliwości na światło ponad normę w 33% ciężarnych po porodzie.

d) w obniżeniu się wrażliwości na światło przed wypuszczeniem ze szpitala ($^1/_4$—$^2/_5$) u 21% ciężarnych.

Schuster. **Błonicze zapalenie powiek, trwające przez kilka miesięcy.** U noworodka wystąpiły grube błony na spojówkach powiek prawie bez wydzieliny. Bakterjologicznie nic nie stwierdzono, raz tylko laseczki *xerosis*. Laseczek dyfterji nie było.

Badania bakterjologiczne przeprowadzano kilkakrotnie. Leczenie wszelkiemi możliwemi środkami chemicznemi i surowicami pozostało bez skutku. Po upływie pół roku dziecko wypisano z trwającem nadal zapaleniem błoniczem spojówek powiek ocznych.

W 6 miesięcy po wypisaniu choroba ustąpiła sama przez się bez leczenia.

Autorka przypuszcza, że przypadek był tak oporny na wszelkie środki lecznicze wskutek osobniczej skłonności spojówki do zapalenia błoniczego.

F. Naróg (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 marca 1925 r.
Przewodniczący E. Loth.

1. Zatwierdzono sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego.

2. Przewodniczący w paru słowach scharakteryzował działalność i znaczenie niedawno zmarłych wybitnych anatomów L. Testut'a i H. Braus'a.

3. Przewodniczący podał do wiadomości, że do bibljoteki T-wa Anatomicznego w Warszawie wpłynęły prace dr. J. Zwejbauma (2) oraz dr. Ks. B. Rosińskiego.

4. Sprawę wyborn delegata na Zjazd anatomów w Turynie przekazano do załatwienia Prezydjum.

5. K. Orzechowski. **Pokaz preparatów mikroskopowych komórek nerwowych dwujądrzastych.** Materjał pochodzi z przypadku, dotyczącego 49-letniego mężczyzny, zmarłego na zapalenie przewlekłe wągrowate opon mózgowo-rdzeniowych, przechodzące na zewnętrzne warstwy mózgu. W jednem miejscu kory okolicy ruchowej, tuż pod wągrem, glej jest w stanie bujania i luźnego stwardnienia w postaci wąskiego pasa, przechodzącego przez całą wysokość kory. Znajdujące się w tym pasie liczne komórki nerwowe odpowiadają wielkością małym i średnim piramidowym lub dużym wrzecionowatym. Wypustki i tygroid komórek nerwowych barwią się dobrze. Tamże znaleziono kilkanaście komórek dwujądrzastych i jedną z trzema jądrami. Naogół oba jądra tych komórek są rozwinięte prawidłowo i tylko wyjątkowo oba albo jedno z dwóch są dotknięte zwyrodnieniem i barwią się słabiej. W jednym przypadku oba jądra stykają się ze sobą tak, jakby nie uległy podziałowi. Obok komórek dwujądrzastych istnieją liczne skupienia, złożone z 2—3 komórek ściśle przylegających do siebie. Na podstawie dwóch spostrzeżeń własnych, dokonanych w 1906 roku i dotyczących w pierwszym przypadku pseudoamitoz w komórkach rogów przednich, a w drugim przypadku ruchów podziałowych jąder komórek Purkinjego, autor nie wątpi, że jądra komórek nerwowych mogą się dzielić. Zato niezmiernie trudno jest dowieść, że mogą się dzielić i ciała tych komórek. W przedstawionym przypadku nasuwa się jednak podejrzenie, że powstały tu komórki nowe. We wspomnianym wyżej pasie stwardnienia są liczne komórki nerwowe o postaciach, których w sąsiedztwie niema i które w tej ilości w prawidłowej korze ruchowej się nie znajdują. Można zatem przypuszczać, że komórki te są wytworem, doskonałych podziałów, tak, jak wytworem podziałów niezupełnych są obecne na preparatach komórki z dwoma lub trzema jądrami.

6. C. Jastrzębski. **Pokaz preparatu ligamenti intercolici sin.** Podczas sekcji, dokonanej 20. XII. 1924 r. na zwłokach kobiety 46-letniej w szpitalu starozakonnych, została stwierdzona obecność błony, naciągniętej pomiędzy lewą połową poprzecznicy, a jelitem grubem zstępującem. Błona ma kształt trójkątny i w wielu miejscach prześwieca. W głębokim uchyłku pod błoną znajdowało się kilka pętli jelita czczego. Równolegle do brzegu wolnego błony przebiegają w niej naczynia krwionośne, pomiędzy któremi gdzieniegdzie przeświecają skupienia tkanki tłuszczowej. Brzeg wolny tej błony jest gładki i wynosi około 10 cm długości. Długość każdego z brzegów zrośniętych z jelitem równa się mniej więcej 15 cm. W okolicy zgięcia prawego okrężnicy daje się zauważyć obecność drugiego fałdu otrzewnowego, lecz wynoszącego tylko około 1 cm wysokości. Jakichkolwiek zrostów otrzewnej lub zmiany w jelitach, które mogłyby prowadzić do zrostów, nie stwierdzono. Na podstawie danych badania tego przypadku, oraz danych porównawczo-anatomicznych, autor przychodzi do wniosku, że opisane błony są skutkiem wadliwego rozwoju ścian jelita i prawdopodobnie są spowodowane przez odszczepienie od ściany jelita pasma włókien mięsnych. Pasma te podczas kształtowania się obu zgięć jelita grubego naciągnęły się w postaci cięciwy i przyczyniły się do powstania opisanych fałdów otrzewnowych. Pokaz był objaśniony trzema tablicami rysunków.

W dyskusji w sprawie obu pokazów zabierał głos kol. E. Loth.

7. D. Lipcówna wygłosiła komunikat na temat: **Różnice rasowe u noworodków polskich, żydowskich i szwajcarskich.** Badania autorka prowadziła w zakładach położniczych Warszawy Krakowa i Zurychu. Obejmują one około 20.000 spostrzeżeń na 700 noworodków, przyczem noworodków polskich — 500, żydowskich — 100 i szwajcarskich — 100.

I. Waga ciała noworodków wahała się od 2—5 kg, wynosząc przeciętnie 3,3 kg t. j. zaledwie 5% wagi dorosłego. Noworodki polskie są znacznie cięższe od żydowskich, a szwajcarskie są najlżejsze. Noworodki płci męskiej odznaczają się większą wagą od żeńskich. II. Długość ciała waha się od 45 do 58 cm. Średnia wynosi 51,5 cm dla noworodków polskich. Żydowskie są najmniejsze, co odpowiada różnicy u dorosłego. Wzrost nowonarodzonych dziewczynek wynosi 98% wzrostu noworodków płci męskiej. III. Przewaga obwodu głowy nad obwodem klatki piersiowej, tak charakterystyczna dla noworodków, jest rezultatem tego, że obwód głowy osiąga u noworodka 60% wymiaru definitywnego, gdy obwód klatki piersiowej tylko 40%. Wpływ rasy ujawnia się w słabszym rozwoju klatki piersiowej noworodków szwajcarskich. Wpływ zaś płci wyraża się w stałej przewadze obwodu głowy i innych wymiarów bezwzględnych: tak głowy, jak i twarzy u noworodków męskich nad żeńskiemi. IV. Cechy opisowe. Włosy noworodków są znacznie jaśniejsze od włosów dorosłego. Bardzo rzadko były czarne. Noworodki żydowskie wyraźnie ciemniejsze od polskich, gdyż przeważają tu szatyni i czarni. Oczy noworodków w ogromnej większości przypadków posiadają barwę

ciemno-szaro-niebieską. Nawet u noworodków żydowskich niezmiernie rzadko trafiały się oczy t. zw. piwne, tak częste u dorosłych. Noworodki żydowskie wykazywały barwę granatową lub granatowo-szarą. Oczy noworodków polskich były szaroniebieskie, natomiast oczu piwnych lub szaro-piwnych u nich nie stwierdzono. Szpara oczna migdałowata spotyka się u noworodków żydowskich znacznie częściej, aniżeli u noworodków polskich. Nosy noworodków, na pierwszy rzut oka, są wszystkie wklęsłe. Jest to złudzenie optyczne, które opiera się na głębokiem osadzeniu korzenia nosa. W rzeczywistości tylko około 20% nosów posiadało grzbiet prosty. Nosy wklęsłe u noworodków żydowskich są rzadsze, aniżeli u noworodków polskich. Natomiast nosy wklęsło-wypukłe, z których następnie rozwijają się haczykowate, były zjawiskiem częstszem u noworodków żydowskich. Tak charakterystyczna przegroda nosowa, wystająca poza poziom skrzydeł nosa, spotyka się u noworodków żydowskich bardzo często. Noworodki zaś polskie miały koniec nosa bezsprzecznie silniej zadarty od żydowskich. Zatem wpływ płci i rasy zaczyna się ujawniać bardzo wcześnie we wzroście i kształcie poszczególnych części ciała i występuje już zupełnie wyraźnie u noworodków.

W ożywionej dyskusji zabierali głos: E. L o t h, Ks. B. R o s i ń s k i.

8. M. O r ł o w s k i. **Kilka rzadkich odmian kręgów ludzkich.** Autor zbadał 100 kręgosłupów w celu stwierdzenia odmian kanału poprzecznego kręgów i, znalazł otwór poprzeczny w kręgach piersiowych w 3% wszystkich przypadków. Również w jednym przypadku znalazł otwór poprzeczny i w pierwszym kręgu lędźwiowym. Otwory zaś przedpoprzeczne stwierdził tylko trzy razy w ostatnich kręgach szyjowych. Autor znalazł również otwory i w łukach kręgowych, przyczem w dwóch przypadkach w kręgach szyjowych, w jednym zaś przypadku w kręgach piersiowym i lędźwiowym, o czem żaden z autorów dotąd nie wspomina. Praca przeznaczona do druku.

Za sekretarza: *Zak lska.*

I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie.

W dniach 16 i 17 maja 1925 odbył sie w Krakowie I. Polski Zjazd przeciwgruźliczy przy udziale około 400 lekarzy z całej Rzeczypospolitej.

W sobotę 16. maja o godzinie 10-tej rano odbyło się otwarcie wystawy higjenicznej w domu Towarzystwa walki z gruźlicą i Towarzystwa lekarskiego przy ul. Radziwiłłowskiej.

Na wystawie tej, częściowo umieszczonej w salach przychodni przeciwgruźliczej, pokazano urządzenia sanitarne miasta Krakowa pod postacią wykresów map statystycznych — zdjęć fotograficznych.

Podobne obrazy dała Łódź, która, prócz tego, przedstawiła sposoby walki z jaglicą.

Bydgoszcz dał zdjęcia urządzeń sanitarnych miejskich i fotografje lecznic prywatnych.

Gazownia krakowska wystawiła szereg ładnych piecyków do ogrzewania wody dla sal operacyjnych i t. d.

Sekcja propagandowa Warszawskiego Czerwonego Krzyża wystawiła swoje afisze i broszury propagandowe.

Miejski Urząd badania środków spożywczych pokazał szereg fałszowanych produktów spożywczych i etykiet napojów alkoholowych, których zawartość nie odpowiadała napisom.

W przychodni dla gruźliczych zwracały uwagę zwiedzających specjalne spluwaczki automatycznie spłukiwane wodą.

W sali Rady miasta Krakowa nastąpiło uroczyste otwarcie Zjazdu przez prof. Orłowskiego z Krakowa, prezesa Komitetu organizacyjnego, który w przemowie inauguracyjnej podniósł, że głównym celem Zjazdu jest wyszukanie najlepszej i najskuteczniejszej metody walki z gruźlicą, która w samym Krakowie zabiera około 1000 ludzi rocznie. Inne państwa zorganizowały u siebie walkę z gruźlicą; my jednak skrępowani niewolą nie rozwinęliśmy w tym kierunku prawie żadnej akcji, szczególnie na terenie dawnego zaboru rosyjskiego akcja ta napotykała na nieprzezwyciężone prawie trudności ze strony rządu.

Mowca wspomniał o trzech zmarłych lekarzach, którzy położyli wielkie zasługi na polu walki z gruźlicą, a to o prof. Walerjanie Jaworskim, Alfredzie Sokołowskim i Józefie Wiczkowskim. Wspomnienie to uczcił Zjazd powstaniem.

W dalszym ciągu swej mowy opisał prof. Orłowski wystawę higjeniczną w Domu Towarzystwa walki z gruźlicą przy ul. Radziwiłłowskiej i Towarzystwie lekarskiem, która z braku czasu przedstawia się dość skromnie. Podziękował Towarzystwu walki z gruźlicą, Instytutowi dla Curie-terapji w Krakowie, Krakowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu za udzielenie lokalu i drowi Jaworskiemu za zorganizowanie wystawy — i życząc Zjazdowi pomyślnego wyniku obrad poprosił prof. Gluzińskiego Antoniego z Warszawy na przewodniczącego Zjazdu.

Prof. Gluziński, objąwszy przewodnictwo, podziękował za wybór i podkreślił, że temu pierwszemu polskiemu Zjazdowi przyświecają dwa horoskopy t. j. równoczesność Zjazdu działaczy sanitarnych, mającego podobny cel, oraz fakt, że Zjazd odbywa się w mieście, na którego czele stał niezapomniany prezydent prof. Dietl, pierwszy, który rozpoczął planową walkę z chorobami. Mówca powitał Zjazd imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego i Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i zawiadomił Zjazd, że wysyła hołdowniczy telegram do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, do Pana Prezesa Rady Ministrów i do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych.

Szereg mów powitalnych rozpoczął p. wice-prezydent Rolle imieniem Zarządu miasta, dyr. dr. Wroczyński przemawiał imieniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dr. Rudzki imieniem Ministerstwa Spraw Wojskowych, dr. J. Zawadzki imieniem Związku Miast, dr. Krakowski imieniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Wojewoda Kowalikowski imieniem Województwa, dr. Fuchs imieniem Szpitala św. Łazarza, prof. Jasiński imieniem Uniwersytetu wileńskiego, prof. Maziarski imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr. Bogucki imieniem Naczelnej Izby lekarskiej w Warszawie, prof. Opoczyński imieniem Towarzystwa lekarskiego w Wilnie, dr. Wąsowski imieniem Towarzystwa lekarskiego w Lublinie, prof. Gantkowski imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu poznańskiego, dr. Zabłocki imieniem lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą i lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, który zaprosił na przyszły rok Zjazd do Lwowa. Dr. Węgrzynowski przemawiał imieniem Towarzystwa higjenicznego lwowskiego.

Po przemówieniach odczytał przewodniczący szereg powitalnych telegramów, rozpoczynając telegramem Wydziału lekarskiego lwowskiego, a kończąc długim telegramem od »Union International contre la tuberculose« z Paryża.

Referaty rozpoczął dr. Seweryn S t e r l i n g z Łodzi na temat główny »**Klasyfikacji gruźlicy**«.

Temat ten był drukowany w Gazecie lekarskiej, dlatego go nie podajemy — notujemy tylko podany przez referenta sposób uwzględnienia intuicji lekarskiej przez używanie symbolów rokowniczych:

1 — znaczy rokowanie dobre,
½ — rokowanie względnie dobre,
2 — rokowanie wątpliwe,
⅔ — rokowanie bardzo wątpliwe,
3 — rokowanie złe.

Korreferent pułk. dr. R u d z k i Stefan z Warszawy mówił o konieczności **zmiany terminow podziału gruźlicy: „otwarta“ i „zamknięta“ na „czynna“ i „nieczynna“.**

Dr. R o s e n b e r g z Łodzi mówił **o naczyniach włosowatych powłok przy różnych postaciach suchot płucnych** i pokazał obrazy naczyń włosowatych, w których można było rozróżnić zmiany chorobowe i oprzeć na tem niekiedy rokowanie.

Dr. A. U r y s o n z Łodzi mówił **o stosunku ciał białkowatych w surowicy krwi przy różnych postaciach suchot płucnych;** podał, że używał metody określania ilości ciał białkowatych Naegeli-Rohrer (refraktometrji połączonej z wiskozymetriją) i stwierdził zaburzenia stosunku albumin do globulin w przebiegu gruźlicy płuc i zauważył, że zaburzenia te mogą być wskaźnikiem rokowania i skuteczności leczenia.

W końcu porównał metody Naegeli-Rohrer z odczynami Biernackiego i Matify.

Dr. Piotr W y s o c k i omawiał **rzekomo-gruźlicze zmiany szczytów płucnych, spowodowane powiększeniem gruczołów wnękowych,** które polegają na zastoju w następstwie procesu zapalnego, tworzącego się w otoczeniu gruczołów wnękowych. Jest to właściwie obrzęk i zgrubienie tkanki łącznej opłucnej, zrazikowej, uciskającej na naczynia limfatyczne i krwionośne.

Dr. Stefan K e i l s o n z Łodzi pokazał w ciemni (skioptikonem) **zdjęcia roentgenograficzne rozmaitych postaci gruźlicy płuc** i podał jej podział z punktu widzenia roentgenograficznego.

Następnie rozwinęła się **dyskusja** nad określeniem korreferenta dra Rudzkiego: »gruźlica czynna« i »nieczynna« — wynikiem jej był wniosek zamieszczony na końcu sprawozdania.

W sobotę popołudniu dr. D ł u s k i w dłuższym odczycie p. t.: **O stosowaniu preparatów z laseecznika Kocha w gruźlicy dla celów rozpoznawczych i leczniczych** przedstawił dzieje leczenia tuberkuliną i przyszedł do wniosku, że tuberkulina nie nadaje się do leczenia i wyleczenia gruźlicy.

W drugim odczycie p. t. »**O odmie sztucznej**« przedstawił historję, sposoby jej użycia, wyniki, wskazania, powikłania, klinikę, a wreszcie statystykę obcą i własną — i przyszedł do przekonania, że jest obowiązkiem lekarza w każdym nadającym się przypadku stosować odmę.

Dr. R u t k o w s k i Maksymiljan z Krakowa w odczycie p. t.: »**Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc**«, omawiał frenikotomję, pneumotomję, torakoplastykę, chwaląc dodatnie wyniki tejże i przedstawiając chorego po torakoplastyce.

Dr. Henryk Z a w i s t o w s k i z Krakowa mówił **o przebiegu i wynikn leczenia odmą sztuczną 1120 przypadków gruźlicy płuc,** a więc o klasyfikacji chorych, o technice i przebiegu leczenia, o wyniku leczenia i o powikłaniach.

Dr. K u c z e w s k i Antoni z Zakopanego mówił **o leczeniu gruźlicy klimatyczno-sanatoryjnem** i twierdził, że leczenie klimatyczno-sanatoryjne stanowi istotny czynnik zwalczania gruźlicy. Podkreślił tezę, że »chory na gruźlicę może i powinien przyjść do zdrowia w ojczystym klimacie«. Ważnem jest urządzenie i prowadzenie sanatorjum nie mniej od warunków klimatycznych.

Podał typy sanatorjów, sposób urządzenia, leczenia gruźlicy tak zapomocą ruchu, jak spokoju, wodolecznictwem i uzasadnił konieczność pomocniczych urządzeń, jak laboratorjum i zakład Roentgena.

Odczyt o **próbie stosowania przeciwgruźliczej scrowakcyny Shiga** (Tokio) odpadł z powodu braku czasu.

Dr. Zdzisław Szczepański z Warszawy podał własne **doświadczenia przy stosowaniu odmy u 240 chorych** i zastanawiał się nad statystyką i wynikami stosowania odmy, zatrzymując się dłużej nad jednym przypadkiem śmierci wskutek zatoru powietrznego.

Dr. A. Tennenbaum z Łodzi mówił o **zatorze gazowym naczyniowym, jako powikłaniu odmy sztucznej**, zastanawiał się nad mechaniką powstawania zatoru, podał statystykę, mówił o profilaktyce i leczeniu podnosząc, że nie należy stosować sztucznego oddychania w zatorze gazowym.

Dr. Olgierd Sokołowski z Zakopanego skreślił dzieje **chemoterapji w gruźlicy** i podniósł trudności jej stosowania.

Dr. Hugon Karwowski z Zakopanego skreślił **metody leczenia gruźlicy Roentgenem** z szczególnem uwzględnieniem naświetlania śledziony przy gruźlicy płuc. Stwierdził, że stosuje naświetlania metodą Manuchina, jednak zapatruje się na nią krytycznie. Przy krwotokach płucnych radzą naświetlania śledziony samej. Ponadto dr. Karwowski zdawał sprawę z wyników leczenia własnych przypadków.

Odczyt dra Stanisława Kopczyńskiego z Warszawy o **szkołach-uzdrowiskach** podobnie, jak odczyt dra Dziembowskiego Zygmunta z Bydgoszczy odpadł.

Prof. dr. Baurowicz Aleksander z Krakowa przedstawił i zebrał wszystkie **metody chirurgicznego leczenia górnych dróg oddechowych**.

Dr. Spira J. z Krakowa podał **nowsze metody leczenia gruźlicy krtani** i podniósł skuteczność leczenia photo-terapeutycznego t. j. lampą łukową i Roentgenem i był zdania, że należy zawsze stosować to leczenie mimo rozwijającej się gruźlicy płuc dla przyniesienia ulgi choremu.

Dr. Węgrzynowski ze Lwowa mówił o **dotychczasowych naszych wynikach leczenia sztuczną odmą klatki piersiowej**. Prelegent przedstawia wyniki leczenia odmą sztuczną gruźlicy płuc, ropni płuc, wysięków zapalnych i zapalenia wysiękowego opłucnej, leczenia wysięków ropnych, wyniki stosowania odmy zwalniającej przy dwustronnej gruźlicy płuc, zapaleniu płuc i opłucnej.

Wyniki, jakie otrzymał, są zgodne z wynikami statystyk światowych i polskich. Przy sposobności omawiania powikłań opisuje szczegółowo jeden przypadek niewątpliwego zatoru powietrznego z objawami zapadu i porażenia połowiczego (objawy cofnęły się do 24 godzin).

Przychodzi do wniosku, że odmę należy stosować we wszystkich przypadkach, w których istnieje wskazanie i że nie założenie odmy wobec wyników osiągniętych tą metodą należy uważać za błąd lekarski.

Tenże. Drugi wykład: **Znaczenie przychodni w społecznej walce z gruźlicą.** Omawiając sposoby działania przychodni w kierunku uświadomienia chorych i ich rodzin przychodzi do wniosku, że w dzisiejszym stanie walki z gruźlicą w Polsce jedynie przychodnia może spełnić zadanie propagandy i być celową formą tej akcji społecznej stawia jako etapy tej walki na pierwszem miejscu przychodnie, następnie szpitale dla otwartej gruźlicy, a dopiero jako końcowy etap sanatorja.

Dr. Kuhl ze Lwowa mówił o **statystyce z ambulatorjum Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie** za rok 1924 i zakończył wnioskiem, aby wszystkie Przychodnie w Polsce ogłaszały doroczne sprawozdania i statystykę, co mogłoby być z wielką korzyścią dla sprawy.

Dr. Bühn ze Lwowa mówił o **wynikach leczenia Pirquetyzacją w lwowskiem Towarzystwie walki z gruźlicą** i przyszedł do przekonania, że ta metoda nie nadaje się do leczenia gruźlicy płuc, a może być próbowana przy gruźlicy kostnej i gruczołowej.

Następnie rozwinęła się żywa dyskusja na temat stosowania odmy sztucznej, a następnie niemniej żywa na temat leczenia tuberkuliną.

Przestrzegano następnie przed zbyt pochopnem i bezkrytycznem stosowaniem sanokryzyny. Podnoszono konieczność wypróbowania metody Manuchima u nas prawie niestosowanej.

Wreszcie podczas długiej dyskusji o potrzebie stwarzania sanatorjów starano się zbić stanowisko kol. dra Kuczewskiego podnosząc, że wprzód należy stworzyć przychodnie przeciwgruźlicze i szpitale dla gruźlicy otwartej, a następnie budować sanatorja.

Dnia 17. maja 1925 r. t. j. w niedzielę udało się stukilkudziesięciu kolegów samochodami, dostarczonemi przez gminę, do Prądnika dla obejrzenia miejskich zakładów sanitarnych, nadzwyczaj pięknie, z komfortem i celowo urządzonego zakładu dezynfekcyjnego, domu izolacyjnego, kuchni i kotłowni i miejskiego sanatorjum gruźliczego.

Bliższe dane są wydrukowane w »Krótkim opisie niektórych urządzeń sanitarnych miejskich w Krakowie«, wydanym pod redakcją doc. dra T. Janiszewskiego w 1925 r.

Tu podnieść należy uwzględnienie przy budowie wszystkich najnowszych wymogów higjeny, n. p. urządzenie dezynfekcji w ten sposób, że z czystej strony można swobodnie przez szyby kontrolować sposób dezynfekcji na stronie zanieczyszczonej, następnie uwagi godne jest przeniesienie mechaniki na I. p., skąd jest telefoniczne porozumienie.

Sanatorjum mieści się w 3-ch barakach Döckerowskich, z których każdy ma 42 łóżek. Obecnie dwa są czynne; trzeci odnawia się. Dwa są przeznaczone dla leczenia gruźlicy płuc, jeden dla gruźlicy kostnej i gruczołowej.

Koledzy, którzy koniecznie chcieliby dopatrzeć się jakichś ujemnych stron — podnosili, że w zimie, mimo centralnego ogrzewania, jest zimno, że sale są za duże i że brak jadalni. Inni podnosili przepiękne położenie zakładów, czystość wzorową, poświęcającą się opiekę lekarską, a wreszcie szczęśliwy stosunek gminy do Kasy chorych, która w zrozumieniu interesów swych cierpiących członków, zrobiła umowę z gminą miasta Krakowa i za umówionem wynagrodzeniem (6—7 Zł dziennie) umieszcza swoich chorych w sanatorjum, rezerwując sobie miejsce dla 60-ciu chorych.

Kasa chorych umożliwiła otwarcie sanatorjum, ofiarowując leżaki, worki futrzane dla chorych, sprawiając Roentgena, dostarczając pism i książek.

(Dok. nast.).

Sprawy zawodowe.

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą.

I. posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą, odbyte we Lwowie, w sali konferencyjnej Województwa w dniu 20. maja 1925 roku.

Przewodniczy: Dr. Mikołajski.

Porządek dzienny:

1. Przychodnia przeciwgruźlicza dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin we Lwowie. Ref. dr. Mosler.

2. Walka z gruźlicą w armji. Ref. Gen. dr. Zieliński.

3. Opinja Komisji o projekcie statutu normalnego dla Terytorjalnych Towarzystw Przeciwgruźliczych. Referent: dr. Mikołajski.

Przewodniczący zagaja posiedzenie, wita imieniem P. Wojewody licznie zebranych członków Komisji, wspomina o odbytym przed paroma dniami w Krakowie I. Zjeździe Przeciwgruźliczym, w którym uczestniczyli najwybitniejsi działacze na polu walki z gruźlicą w Polsce i przedstawiciele władz i instytucji w tej walce interesowanych, a który to Zjazd ujawnił wielki zapał dla sprawy i wydał hasło uzgodnienia planu walki z gruźlicą w Państwie przy uwzględnieniu odmiennych warunków i stosunków w poszczególnych Województwach tudzież istniejących już organizacjach walki z gruźlicą.

Przewodniczący wyraża pewność, że reaktywowana Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem zdoła wprowadzić tą walkę na nowe tory i przy współdziałaniu wszystkich powołanych czynników osiągnie już w najbliższym roku poważne wyniki, o których zda sprawę na II. Zjeździe Przeciwgruźliczym, mającym się odbyć w roku przyszłym we Lwowie.

Przewodniczący powołuje na sekretarza Komisji dra Moslera.

Za zgodą zebranych zmieniono porządek dzienny posiedzenia, biorąc pod obrady nasamprzód 3. punkt, mianowicie opinję Komisji o projektowanym statucie Terytorjalnych Towarzyst w Przeciwgruźliczych.

Po przedstawieniu sprawy przez dra Mikołajskiego rozwinęła się dyskusja, w której zabierali głos oprócz referenta: dr. Węgrzynowski, Gen. dr. Zieliński, dr. Bett, dr. Schleicher, dr. Kuhn, doc. dr. Sabatowski, p. Ochman, dr. Zabłocki.

I. Na wniosek Gen. dr. Zielińskiego uchwalono 12 głosami na 19 obecnych i 18 głosujących (przewodniczący nie głosował) rezolucję następującą;

Urząd Wojewódzki (Wydział Zdrowia Publicznego) przedłoży Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia szczegółowo umotywowane przedstawienie, że na obszarze Małopolski jest jedynie racjonalną i dla sprawy korzystną obecna organizacja półurzędowa walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem, i że tę formę organizacji Komisja zaleca wprowadzić, jeżeli nie we wszystkich Województwach w Polsce, to przynajmniej we wszystkich 4 Województwach Małopolski, a w każdym razie Komisja radzi pozostawić nadal tę półurzędową organizację w Województwie lwowskiem.

W dyskusji podniesiono następujące motywy do powyższej uchwały:

1. Podstawową zasadą organizacji walki z gruźlicą w Polsce, powinno być, podobnie, jak to przyjęto w krajach zachodnich, programowe stwierdzenie, że w wielkich wydatkach, jakich wymaga walka z tą największą klęską, uczestniczą:

a) rząd, b) samorządy, c) instytucje społeczne (Kasy chorych), d) stowarzyszenia obywatelskie), chorzy na gruźlicę,

względnie gruźlicą zagrożeni albo osoby do ich leczenia i utrzymania obowiązane.

Drugą zasadą podstawową powinno być, że rząd jest głównym ośrodkiem walki z gruźlicą, grupującym około siebie wszystkie inne czynniki kompetentne.

Na tych dwóch zasadach zbudowano w Województwie lwowskiem organizację półurzędową, która obstała próbę kilkoletniej działalności praktycznej.

Przeciwnie projektowane Terytorjalne Towarzystwa Przeciwgruźlicze burzą te zasady, co należy uznać za stronę wielce ujemną, gdyż nawet w okresie trudności finansowych Państwa udział Skarbu Państwa w wydatkach na walkę z gruźlicą ze względów zasadniczo programowych nie powinien być pominiętym a przesunięcie ośrodka walki z gruźlicą na prywatne stowarzyszenie mieści w sobie poważne niebezpieczeństwa, nie zapewnia jednolitości w planach walki i nie zabezpiecza jej od postronnych wpływów antagonizmów partyjnych, wyznaniowych i społecznych.

2. Podniesiono też w dyskusji, że w Małopolsce są zupełnie inne, niż w byłej Kongresówce stosunki pod względem szeregowania się obywateli do zrzeszonej pracy społecznej.

Gdy w b. Kongresówce społeczeństwo od szeregu pokoleń wyrobiło w sobie uzdolnienie i zapał do poczynań zrzeszonych i tą drogą doszło do bardzo poważnych wyników, w Małopolsce od kilku pokoleń ery konstytucyjnej i narodowej autonomji ludność nawykła do tego, że inicjatywa i kierownictwo w sprawach najważniejszych spoczywały w rękach rządu. Tej psychiki ludności nie da się zmienić odrazu, lecz potrzeba pracy dziesiątek lat, aby wychować generację zdolną i chętną do zbiorowych trwałych wysiłków, niezależnie od rządu. W okresie przejściowym jeszcze przez długie lata trzeba się koniecznie liczyć z temi odmiennemi warunkami psychicznemi ludności Małopolski i trzeba także w walce z gruźlicą oprzeć organizację na administracji państwowej a zrzeszeniom obywatelskim wyznaczyć rolę czynnika współdziałającego.

3. Dalej podniesiono, że w Małopolsce spory polityczne, narodowościowe, wyznaniowe i społeczne wkraczają nieraz także na pole pracy społecznej i kulturalnej a od zawichrzeń z tego powodu nie będą uchronione prywatne Towarzystwa Przeciwgruźlicze, zwłaszcza, gdyby dysponowały znaczniejszemi zasiłkami z funduszów państwowych i samorządowych. Byłoby dla tych Towarzystw bardzo trudnem zadaniem kojarzenie do wspólnej pracy żywiołów, walczących ze sobą na innych polach i okazaćby się mogła konieczność rozbicia akcji przeciwgruźliczej na tyle odrębnych Towarzystw Przeciwgruźliczych dla tego samego Województwa, ile obozów stoi naprzeciw sobie w życiu publicznem a nawet i prywatnem. Czynnikiem, kojarzącym sprzeczne i wrogie sobie nawzajem żywioły łatwiej może być administracja państwowa, której obowiązkiem jest uwzględniać sprawiedliwie wszelkie uzasadnione żądania i potrzeby różnych grup ludności i ścisłą bezstronnością zdobyć sobie zaufanie całej ludności bez względu na różnicę wyznania, narodowości, lub politycznych poglądów.

II. Na wniosek dra W ę g r z y n o w s k i e g o, poparty przez dra M i k o ł a j s k i e g o, uchwalono 14 głosami na 19 obecnych a 18 głosujących rezolucję następującej treści:

Gdyby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia nie skłoniła się do wniosku, pod I sformułowanego i umotywowanego i gdyby mimo tych przedstawień obstawała przy zdaniu, że tylko prywatne Towarzystwo Przeciwgruźlicze spełni należycie zadania walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem, Komisja przyjmuje do wiadomości i protokołuje oświadczenie dra W ę g r z y n o w s k i e g o, złożone imieniem Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą, że to Towarzystwo przekształci się w Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze dla obszaru miasta Lwowa i całego Województwa lwowskiego, uczyni to jednak dopiero po ostatecznem ustaleniu normalnego wzoru statutu Towarzystw Przeciwgruźliczych i będzie zazgodą i każdorazową uchwałą Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą obejmowało stopniowo akcję przeciwgruźliczą w poszczególnych powiatach od dotychczasowej półurzędowej organizacji, aby nadal prowadzić tę akcję we własnym zakresie.

Z chwilą ostatecznego ustalenia wzoru statutu normalnego dla Towarzystw Przeciwgruźliczych lwowskie Towarzystwo walki z gruźlicą zawiąże na podstawie tego wzoru Towarzystwo Przeciwgruźlicze a samo się rozwiąże, przekazując cały swój majątek nowemu Towarzystwu.

W powiatach, w których nowe Towarzytwo obejmie działalność, nastąpi rozwiązanie dotychczasowego Powiatowego Koła walki z gruźlicą przy równoczesnem założeniu powiatowego oddziału Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

III. Komisja objawiła zdanie, że jak najrychlejsza decyzja Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia co do wyboru jednej z podanych pod I. i II. alternatyw jest konieczną, gdyż stan niepewności co do dalszych losów organizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem tamuje działalność na tem polu a przez to wpływa szkodliwie na jej rozwój.

IV. Na wniosek dra S c h l e i c h e r a uchwaliła Komisja przedłożyć P. Wojewodzie wniosek o powołanie do Komisji dra Marcina S e l z e r a jako przedstawiciela Towarzystwa szerzenia higjeny wśród żydów.

V. Na wniosek p. O c h m a n a uchwalono zaproponować P. Wojewodzie, aby do Komitetu wykonawczego Komisji powołał delegata Okręgowego Związku Kas chorych.

VI. Z powodu spóźnionej pory uchwalono obrady nad dalszemi punktami porządku dziennego odroczyć do następnego posiedzenia Komisji, które wyznaczono na godzinę 18·30 w dniu 27. maja b. r.

Sekretarz: *Dr. Mosler w. r.* Przewodniczący: *Dr. Mikołajski.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

D l a z a p o b i e ż e n i a z b r o d n i c z y m i n i e p o t r z e b n y m s p ę d z a n i o m p ł o d u Koło lekarzy darmstadzkich wydało następujące przepisy: Uznanie potrzeby przerwania ciąży musi być powzięte przez konsiljum złożone z 3 lekarzy, wśród których nieśmie być lekarz spowinowacony z ciężarną, względnie jej rodziną. Uznanie potrzeby przerwania ciąży musi być pisemnie sporządzone i podpisane przez owych 3 lekarzy. Nadto musi być wyrażona zgoda na sam zabieg ze strony obojga małżonków względnie chorej, a w razie, jeżeli chora jest nieletnia, ze strony jej prawnego zastępcy. Odnośne pisma mają być przechowywane przez 10 lat w biurze Koła lekarzy darmstadzkich. W razie mimowolnego przerwania ciąży musi być fakt taki z szczegółowem przedstawieniem rzeczy podany do wiadomości przewodniczącego. Niestosowanie się do powyższych przepisów oddaje takiego lekarza pod sąd honorowy kolegów.

Warszawa.

x U c z c z e n i e 50-l e t n i e j p r a c y z a w o d o w e j Dra J u l j a n a K r a m s z t y k a. W dniu 24 czerwca r. b. na posiedzeniu Pol. T-wa Pedjatrycznego odbyła się uroczystość uczczenia 50-letniej pracy zawodowej stałego Sekretarza T-wa, Dra Juljana Kramsztyka.

W licznych przemówieniach zobrazowano Jego działalność społeczną i naukową, a w szczególności podniesiono Jego wielkie zasługi na polu nauczania młodszego pokolenia lekarzy wtedy, kiedy władze rosyjskie surowo tego wzbraniały. Jubilatowi wręczono specjalny zeszyt Pedjatrji Polskiej, Jemu poświęcony, i składano najlepsze życzenia.

Redakcja Pol. Gazety Lekarskiej w imieniu nauki polskiej dołącza się do tych głosów i życzy Sz. Jubilatowi »*Ad multos annos*«.

x K i e r o w n i c t w o Z w i ą z k o w e g o Z a k ł a d u R o e n t g e n o l o g i c z n e g o po śmierci ś. p. Dra Bronisława Puljanowskiego, objął prowizorcznie Dr. A. Elektorowicz.

x S t u l e c i e u r o d z i n C h a r c o t'a. Warszawskie Tow. Neurologiczne postanowiło uczcić stuletnią rocznicę urodzin genjalnego neurologa francuskiego przez wydanie specjalnego zeszytu »Neurologji Polskiej«. Numer ten o zwiększonej objętości będzie zawierał liczne prace, dotyczące działalności i zasług Charcot'a, i ukaże się w październiku.

x W a l n e Z g r o m a d z e n i e T o w a r z y s t w a c h i r u r g ó w p o l s k i c h odbyło się dnia 13 b. m. pod przewodnictwem prof. Ostrowskiego ze Lwowa. Po wysłuchaniu sprawozdania ustępującego Zarządu, któremu, na wniosek komisji rewizyjnej, udzielono absolutorjum, poddano pod obrady i głosowanie kilka wniosków Zarządu. Imieniem Zarządu przemawiał prof. Dr. Antoni Leśniowski z Warszawy. Wszystkie wnioski Zarządu, między innemi wniosek o urządzenie w roku przyszłym w Warszawie ogólno-słowiańskiego Zjazdu chirurgów przyjęto po wyczerpującej dyskusji, przez aklamację.

Sprawozdanie redaktora Polskiego Przeglądu Chirurgicznego Dra Szerszyńskiego i jego wydawcy Dra Ambroziewicza przyjęto do wiadomości, wyrażając obu, na wniosek Dra Czesława Stankiewicza, podziękowanie za podniesienie pisma na poziom, który przynosi zaszczyt naszemu piśmiennictwu lekarskiemu. W końcu odbyły się wybory. Przewodniczącym na rok 1925/26 obrano Dra Ciechomskiego, jego zastępcą prof. Leśniowskiego, sekretarzem dorocznym Dra Lowensterna, skarbnikiem Dra Jana Zaorskiego. W skład Zarządu wchodzą ponadto: Dr. Ambroziewicz, prof. Leon Kryński, docenci Łapiński i Szerszyński oraz sekretarz stały Tow. chirurgów polskich prof. Bronisław Sawicki.

x W a r s z a w s k i e T o w a r z y s t w o N e u r o l o g i c z n e celem uczczenia XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich wydało znacznie zwiększony i ozdobiony licznemi rycinami zeszyt »Neurologji Polskiej«.

Do Zarządu Towarzystwa wchodzą: Dr. Ludwik Bregman, jako przewodniczący, Dr. Jan Koelichen jako zastępca przewodniczącego, Dr. Władysław Jarecki, jako skarbnik, oraz Dr. Henryk Higier i prof. Kazimierz Orzechowski.

x Z T o w a r z y s t w a E u g e n i c z n e g o. Towarzystwo eugeniczne urządziło w maju r. b. szereg odczytów dla młodzie

ży o wyborze zawodu. O zawodzie lekarskim mówił prof. Radliński.

Kwesta Tow. eugenicznego na poradnię oraz instytut eugeniczny odbyła się w początkach b. m. — Dnia 15 b. m. została otwarta przy ul. Żórawiej 28 poradnia eugeniczna, której zadaniem będzie udzielanie porad lekarskich prawnych i pedagogicznych w sprawach: 1) ciąży, 2) macierzyństwa, 3) higjeny małżeństwa, 4) opieki nad dzieckiem, 5) walki z czynnikami zwyradniającemi (choroby płciowe, alkoholizmu, morfinizmu etc.).

x Posiedzenie Rady Nadzorczej Spółki Wydawniczej Lekarskiej odbyło się w dniu 14 b. m. pod przewodnictwem prezesa Rady Frankego ze Lwowa. — Omawiano sprawy bieżące.

x Raut w Ratuszu. W dniu 13 b. m. odbył się w ratuszu stoł. miasta Warszawy wspaniały raut, wydany przez miasto na cześć uczestników XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. W pięknie przybranych salonach ratusza zebrało się niespełna 3000 gości, którzy spędzili wieczór urozmaicony koncertem, gościnnie podejmowani przez Zarząd stolicy. Honory gospodarzy czynili prezes Rady miejskiej p. Ignacy Baliński oraz wiceprezydent miasta Dr. Stefan Rottermund.

x Zjazdy Lekarskie. W roku przyszłym odbędzie się w Warszawie ogólno-słowiański Zjazd chirurgów. Prace przygotowawcze już zostały przedsiębrane przez Zarząd Towarzystwa chirurgów polskich.

x Nowe ambulatorjum Kasy chorych zostało otwarte przy ul. Mokotowskiej Nr. 61. W ambulatorjum tem czynne są gabinety dentystyczne oraz sala lamp kwarcowych.

x Prywatne Zakłady Lecznicze. Dnia 12 b. m. odbył się dla uczestników XII. Zjazdu lekarzy pokaz urządzeń zakładu chirurgiczno-ginekologicznego »Zdrowie«, przy ul. Złotej 3. Wyjaśnień udzielali doktorzy: Jakimowicz, Jakubowski, Szczodrowska i Zytkowa-Zaleska.

Ze świata.

Ustawa o opiece nad młodocianymi, zaniedbanymi i alkoholikami została wydana w kantonie zurychskim. Alkoholicy będą urzędownie kontrolowani i otrzymają 1—5 lat wynoszący okres czasu do odzwyczajenia się. W razie ujemnym zostaną umieszczeni w odpowiednich zakładach.

Zmarli.

Dr. Ludwik Szpigielski, rozgłośny na Podolu lekarz, zmarł dnia 31 maja r. b. w wieku lat 74. Niedługo przed śmiercią został ozdobiony przez Watykan orderem św. Grzegorza.

Dr. Tadeusz Stępkowski, zmarł dnia 13 b. m., w Warszawie.

OD ADMINISTRACJI.

Prenumeratorom, którzy mimo wysłanych przypomnień zalegają dotychczas z prenumeratą za kw. III-ci zmuszeni będziemy wstrzymać dalszą wysyłkę Pol. Gazety Lek.